

**O círculo de asistencia sanitaria aos trastornos  
adictivos en Galicia**

20.6.2011

## **AGRADECEMENTOS:**

O Servizo Galego de Saúde agradece a todas as persoas que participaron no deseño do circuito de asistencia sanitaria aos trastornos adictivos en Galicia a súa desinteresada colaboración.

## **COLABORADORES:**

### **Grupo de traballo:**

**Arrojo Romero, Manuel (SX Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental)**  
**Carmona Barros, Julio (UAD Pontevedra)**  
**Cartelle Fernández, Jesús (UAD Ribeira)**  
**Fernández García, José Manuel (SX Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental)**  
**Flórez Menéndez, Gerardo (UCA Ourense)**  
**Fraga Ares, Jaime (SX Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental)**  
**Guimeráns Freijeiro, Carmen (UTA Vigo)**  
**García Rodríguez, Julia (UAD A Coruña)**  
**López Crecente, M<sup>a</sup> Fernanda (SX Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental)**  
**Miguel Arias, Domingo (C.H.Universitario A Coruña)**  
**Osorio López, Jesús (SX Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental)**  
**Otero Lamas, Francisco (UAD CEDRO)**  
**Otero Nieto, Eugenio (Xerencia de Atención Primaria de A Coruña)**  
**Pedreira Quiroga, Mercedes (UAD Lugo)**  
**Pereiro Gómez, César (C.H. Arquitecto Marcide- Novoa Santos)**  
**Pérez Vázquez, M<sup>a</sup> José (UAD Monforte)**  
**Rodríguez Campos, José (Centro de Saúde de Padrón)**  
**Suárez Fernández, Lourdes (UAD Carballo)**

## ÍNDICE

---

<b>1. XUSTIFICACIÓN: A ASISTENCIA ÁS ADICCIÓNS NO CONTEXTO DUNHA XESTIÓN INTEGRADA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. UNHA MELLORA NA CALIDADE ASISTENCIAL E TRATAMENTO AOS TRASTORNOS ADICTIVOS .....</b>	<b>4</b>
<hr/>	
<b>2. O MODELO DE XESTIÓN BASEADO EN PROCESOS. XENERALIDADES.....</b>	<b>8</b>
<hr/>	
<b>3. PRESTACIÓN DA ASISTENCIA AOS TRASTORNOS ADICTIVOS NOS RECURSOS SANITARIOS DE GALICIA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Organización funcional dos centros de asistencia aos trastornos adictivos no Servizo Galego de Saúde .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2. Recursos que integran o tratamento das condutas adictivas .....</b>	<b>13</b>
<hr/>	
<b>4. O PROCESO ASISTENCIAL.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. Definición do proceso asistencial en trastornos adictivos .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. Obxectivos do proceso asistencial .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3. Os fluxos na atención aos trastornos adictivos .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4. Límites do proceso.....</b>	
<hr/>	
<b>5. A PRESTACIÓN DE SERVIZOS NAS UNIDADES DE</b>	

<b>CONDUTAS</b>		<b>ADICTIVAS</b>	<b>21</b>
.....			
<b>6. INDICADORES</b>	<b>DE</b>	<b>AVALIACIÓN</b>	<b>24</b>
.....			
<b>7. PLAN</b>	<b>DE</b>	<b>IMPLANTACIÓN</b>	<b>26</b>
.....			
<b>8. PLAN</b>		<b>DE</b>	<b>26</b>
<b>COMUNICACIÓN.....</b>			
<b>Anexo 1: Recursos asistenciais de trastornos adictivos en Galicia.....</b>			<b>28</b>
<b>Anexo</b>	<b>2:</b>	<b>Lexislación</b>	<b>46</b>
<b>aplicable.....</b>			

## **1. XUSTIFICACIÓN: A ASISTENCIA ÁS ADICCIÓN NO CONTEXTO DUNHA XESTIÓN INTEGRADA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. UNHA MELLORA NA CALIDADE ASISTENCIAL E NO TRATAMENTO AOS TRASTORNOS ADICTIVOS**

As respostas que se articularon na década dos oitenta en Galicia para atender as demandas asistenciais formuladas no campo das adiccións, fundamentalmente motivadas por problemas de adicción á heroína, caracterizáronse pola creación de estruturas específicas para o tratamento das drogodependencias (paralelas ás redes xerais de saúde ou servizos sociais) e polo protagonismo na xestión dos servizos asistenciais das organizacións non gobernamentais e dos concellos, que deron unha resposta moi eficaz naqueles difíciles momentos e durante as dúas últimas décadas. Todo isto trouxo como consecuencia o desenvolvemento dunha rede específica de atención ás drogodependencias que precisa da imprescindible coordinación e integración co resto dos servizos sanitarios e sociais.

Nos últimos anos o perfil do consumidor variou notablemente, cunha tendencia ao policonsumo e un crecente protagonismo doutras substancias como o alcohol, a cocaína ou o cánnabis, cuxo consumo non se limita a sectores desfavorecidos socialmente, senón que tamén é habitual en clases máis acomodadas.

Ao mesmo tempo, a coordinación e a colaboración entre os distintos servizos fóronse concretando en diferentes actuacións (elaboración e dispensación de metadona, desintoxicación hospitalaria, vacinacións, etc.) que permitiron intervencións conxuntas no ámbito das drogodependencias. Non obstante, queda moito camiño por percorrer e continúan observándose con frecuencia dificultades de comunicación e coordinación entre as unidades de tratamento aos trastornos adictivos e os servizos de saúde mental e atención primaria, tres piares esenciais e básicos no tratamento integrado e comunitario dos trastornos adictivos.

Outro campo en que se conseguiron grandes avances nas últimas décadas é a prevención e tratamento das enfermidades físicas derivadas da adicción a substancias e, en especial, das enfermidades infecciosas.

Por outro lado, é de gran transcendencia a frecuente coexistencia de adicción e trastorno mental. Neste sentido, cabe salienta que o estudo COPSIAD (comorbilidade psiquiátrica en adiccións) reportou unha comorbilidade entre ambos os trastornos nun 56,2% dos 2.304 usuarios incluídos das unidades de condutas adictivas e de alcoholismo de Galicia.

Este aspecto confire maiores dificultades ao diagnóstico, tratamento e seguimento, tanto do trastorno adictivo como do trastorno mental asociado. Por

todo isto, faise necesaria unha adecuada derivación destes pacientes entre os dispositivos que se traduza nunha resposta óptima, integradora e de calidade, o que equivale a unha extensión das mellores prácticas a todos os dispositivos por medio de procedementos e medidas que involucren a todos os actores dos diferentes niveis asistenciais.

Sendo conscientes da necesidade de mellorar a coordinación entre os centros de drogodependencias, saúde mental e atención primaria, e sempre coa finalidade de ofrecer unha prestación sanitaria equitativa, de calidade e eficiente, faise necesario realizar unha análise e revisión da situación actual co fin de mellorar a asistencia aos pacientes cun trastorno adictivo.

Inténtase elaborar un proceso asistencial integral que conteña as liñas básicas de actuación entre o Servizo Galego de Saúde e os diferentes dispositivos e recursos de atención aos pacientes con trastornos adictivos. É importante salientar que este documento pretende ser un punto de partida, un documento base, aberto e flexible, suxeito a posteriores modificacións que enriquezan o seu contido e melloren as súas prestacións.

Así mesmo, precisa do impulso institucional para o seu mellor desenvolvemento e da imprescindible colaboración e implicación dos profesionais que traballan nas estruturas de atención.

Nesta liña, a Estratexia Sergas 2014 aposta por unha estrutura organizativa de xestión integrada co obxectivo de lograr unha atención integral dos problemas de saúde dos cidadáns, eliminando as barreiras entre os diferentes niveis asistenciais e superando a fragmentación da asistencia. Así mesmo, recolle a necesidade de dar atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas, entre os que se inclúen as persoas con trastornos adictivos, para as cales recomenda o desenvolvemento de programas de atención.

Con este propósito, faise necesario normalizar a asistencia das persoas que acceden ás unidades de condutas adictivas (UCA), definir a carteira de servizos prestados, optimizar e racionalizar os recursos existentes, de acordo coa Estratexia Sergas 2014, a Estratexia nacional sobre drogas 2009-2016 e o Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016.

Para isto deberase:

- Homoxeneizar os servizos e prestacións a que acceden os usuarios nos distintos servizos.

- Potenciar o desenvolvemento de guías de procedementos e protocolos de actuación documentados, que orienten as prácticas profesionais ante situacións similares e que axudarán a mellorar a continuidade dos procesos terapéuticos e a prestación dunha resposta integrada e coordinada aos usuarios (sobre todo aos afectos por unha patoloxía dual).
- Establecer estratexias de coordinación, comunicación e interconsulta/enlace con outros servizos implicados nos procesos terapéuticos (servizos de saúde de Atención Primaria e Especializada, etc.).
- Implementar sistemas de información común e accesible, ao mesmo nivel das outras especialidades que conforman o Servizo Galego de Saúde.
- Aumentar o grao de coñecemento dos recursos existentes e dos programas que se levan a cabo nos distintos niveis asistenciais.
- Potenciar o desenvolvemento de actuacións coordinadas en formación e investigación.

Soamente contando cun modelo que defina de maneira precisa os procesos e actividades que integran a asistencia ambulatoria e que identifique os procedementos con que deben ser levados a cabo, se estará en condicións de asegurar a homoxeneización e a calidade asistencial dos recursos existentes en Galicia, así como a converxencia destes co resto de servizos do Sistema de Saúde.

Ao mesmo tempo, estarase en consonancia co establecido no Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde. O modelo de xestión que se implanta dá cumprimento aos principios reitores e de actuación do Sistema Público de Saúde de Galicia, cuxos obxectivos son:

- Centrar a atención no paciente coa implicación de todos os profesionais na toma de decisións mediante o uso da xestión clínica como ferramenta para evolucionar dun sistema xa superado de organización por compartimentos a outro transversal ou horizontal;
- Garantir a equidade, accesibilidade, continuidade, calidade e seguridade da atención, mediante a xestión por procesos, con priorización segundo os criterios de planificación, gravidade, urxencia e frecuencia establecidos;

- Minimizar a variabilidade na práctica clínica e eliminar a duplicidade de procedementos diagnósticos e terapéuticos mediante a implantación das recomendacións contidas nas guías de práctica clínica;
- Garantir a transparencia e a autonomía de decisión dos pacientes establecida na lexislación vixente, mediante o desenvolvemento adecuado dos sistemas de información e comunicación;
- Orientar a planificación dos procesos relacionados cos problemas de saúde, entendendo esta como o estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de enfermidade (OMS, 1946), con especial atención aos priorizados polas directrices sanitarias do Servizo Galego de Saúde.
- Utilizar eficientemente todos os recursos mediante a promoción do traballo en equipo e a implicación dos profesionais na xestión.



## 2. O MODELO DE XESTIÓN BASEADO EN PROCESOS. XENERALIDADES

A estandarización dos procesos e procedementos asistenciais entre o conxunto de centros encargados do tratamento das adiccións en Galicia é unha cuestión de enorme relevancia, non só porque é imprescindible para instaurar un modelo de xestión de calidade, senón porque resulta crucial para facilitar a converxencia das prácticas e os servizos ofertados polos diferentes centros, con orientacións, perfís de pacientes e prácticas profesionais diferentes.

A xestión por procesos asegura a atención integral ao usuario dunha maneira máis adecuada e eficiente que naquelas estruturas organizadas por funcións ou por áreas, onde é fácil perder a perspectiva das necesidades dos usuarios, así como dar unha resposta coordinada de atención e coidados. Supón un cambio de visión do proceso asistencial, optando por un modelo transversal, onde o usuario é o eixe arredor do cal se producen as decisións e actuacións dos profesionais implicados, asegurando, por último, a equidade na xestión dentro do sistema sanitario, mediante a introdución de parámetros que atenúan a variabilidade asistencial, propia de cada equipo profesional.

Considérase proceso o conxunto de actividades ou eventos (coordinados ou organizados) que se realizan ou suceden (alternativa ou simultaneamente) cun fin determinado.

Desde a perspectiva dunha organización sanitaria pública, un proceso asistencial é o conxunto de actividades, realizadas polos profesionais da atención sanitaria (actividades preventivas diagnósticas, terapéuticas e rehabilitadoras), lóxicamente interrelacionadas e ordenadas, que teñen como finalidade incrementar o nivel de saúde e o grao de satisfacción da poboación que recibe os servizos, entendidos estes nun sentido amplo (aspectos organizativos, asistenciais, etc.).

A nivel práctico, a xestión por procesos supón “reordenar os fluxos de traballo”, de forma que acheguen un valor engadido, destinado a aumentar a satisfacción dos pacientes e a facilitar as tarefas que desenvolverán os profesionais. É fundamentalmente unha metodoloxía de traballo en equipo.

Os principios básicos que sustentan a xestión por procesos implica para a organización a aplicación dunha serie de principios básicos de calidade, como son:

1. Satisfacción do cliente: todo proceso debe estar orientado á satisfacción das necesidades dos seus clientes, tanto internos (profesionais) como externos (pacientes e familiares), mediante o establecemento dun fluxo de información

bidireccional que permita establecer os requisitos ou criterios válidos e deseñar os procesos de traballo que garantan a satisfacción destes.

2. Seguimento e control/ mellora continua:

- Todos os procesos deben ter un responsable designado que asegure o cumprimento dos obxectivos preestablecidos e vixie de forma continuada a eficacia do proceso.
- Todos os procesos claves e relevantes deben estar suxeitos a revisión e mellora continua.
- Todos os procesos teñen que ter indicadores que faciliten visualizar a súa evolución respecto aos obxectivos ou estándares planificados para eles.
- Todos os procesos teñen que ser auditados para verificar o grao de cumprimento dos obxectivos e a súa eficacia. Para isto, cómpre documentalos e establecer indicadores e sistemas de seguimento e control.

3. Dirección baseada en resultados: un sistema de xestión por procesos debe ir acompañado de instrumentos ou procedementos de apoio á dirección que, de forma sistemática, permitan a recollida da información necesaria sobre os resultados obtidos e a súa interpretación obxectiva, facilitando a toma de decisións para a mellora continua.

4. Satisfacción do persoal:

Os sistemas de xestión por procesos contribúen a:

- Que o persoal da organización adquira os coñecementos, habilidades e formación necesarios para desenvolver os procesos de forma eficaz e eficiente.
- Incrementar a comunicación no lugar de traballo, reforzar o traballo en equipo e a participación do persoal na identificación de melloras e a súa implantación.
- Potenciar a racionalización do traballo desenvolvido polo persoal, facilitando a súa execución de forma homoxénea.

A incorporación do sistema de xestión por procesos na organización implica:

- a) A busca da excelencia e a calidade deben ser o fin último de todas as actividades que se van realizar. Isto supón unha disposición permanente ao cambio, a romper con prácticas e rutinas que en ocasións poden levar anos consolidadas na organización pero que teñen que adaptarse ás novas

necesidades. Para asegurar estes obxectivos é importante seguir avanzando na coordinación e capacidade de resposta da organización.

- b) A aposta por unha xestión integral e coordinada dos servizos ofertados aos pacientes, como mecanismo para garantir a continuidade asistencial.

A diversidade de profesionais e servizos que participan no proceso asistencial, obriga a ter sempre como perspectiva a existencia dun único paciente, co cal traballan en etapas e momentos evolutivos diferentes, evitando fragmentar a asistencia. Non abonda con establecer de forma precisa os procesos e actividades que se deben poñer en marcha en cada servizo e o como se deben implementar para mellorar a súa efectividade e eficiencia, senón que resulta imprescindible establecer o cando. A temporalización das intervencións pretende romper as interfases, evitar baleiros na asistencia e eliminar as duplicidades nas actuacións entre diferentes servizos, que non achegan valor engadido ao proceso de atención.

- c) A implicación dos profesionais na mellora da xestión asistencial

Os profesionais débense implicar activamente na xestión do proceso asistencial, converterse nos impulsores do cambio, asumindo un papel protagonista na formulación de achegas para a mellora permanente e a incorporación de innovacións, a xestión dos recursos, a organización das actividades que compoñen o proceso, os procedementos adecuados en cada momento e a mellor forma de facer efectiva a prestación dos servizos.

- d) A incorporación de prácticas baseadas en evidencias a través de guías clínicas e de boas prácticas asistenciais.

- e) A implantación dun sistema de información integrado e informatizado.

Este sistema de información debe permitir coñecer que tipos de actividades se realizan en cada un dos centros ou servizos, por parte de que profesional e a quen van dirixidas estas. Esta información resulta imprescindible, non só para mellorar a xestión dos servizos, senón para poder avaliar a efectividade das actuacións que levan a cabo e os seus custos (eficiencia).

### 3. PRESTACIÓN DA ASISTENCIA AOS TRASTORNOS ADICTIVOS NOS RECURSOS SANITARIOS DE GALICIA

#### 3.1. Organización funcional dos centros de asistencia aos trastornos adictivos no Servizo Galego de Saúde

Para conseguir unha adecuada prestación sanitaria, faise necesario elaborar un procedemento de atención integrador, en concordancia coa Orde do 12 de marzo de 2007, pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no Servizo Galego de Saúde, que referenda esta necesidade e obriga o seu desenvolvemento e implantación operativa.

No seu artigo único, esta orde dispón que *“os centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas que reciban financiamento da comunidade autónoma dependerán funcionalmente, en canto ao desenvolvemento de programas de intervención, do responsable de saúde mental de área en consonancia co disposto na Orde do 20 de abril de 1999 sobre atribución das funcións definidas no artigo 3.2º do Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia, e de conformidade co Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde”*.

No Decreto 311/2009, do 28 de maio, polo que se establece a actual estrutura orgánica dos servizos centrais do Servizo Galego de Saúde, a Subdirección de Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental é a encargada entre outras accións *“de coordinar a xestión da rede de centros asistenciais de drogodependencias”*. Así mesmo, entre as súas funcións está a de *“colaborar na implantación e seguimento de programas de mantemento e deshabitación de pacientes drogodependentes ou calquera outro de prevención e reinserción que se leve a cabo na comunidade autónoma, así como a de asumir as funcións asistenciais que se lle asignen ao Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas no Decreto 254/1997, do 10 de setembro, polo que se procede á creación do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas”*.

Consecuentemente, a progresiva integración no funcionamento da actual rede de asistencia aos trastornos adictivos achega equidade no acceso a unha asistencia integral das persoas con este problema e favorece tamén a uniformidade no tratamento da patoloxía dual.

Por isto, deberase facilitar e poñer os medios necesarios para que:

- O persoal médico das UCA teña acceso ás probas complementarias que se necesiten de forma homoxénea e semellante ás unidades de saúde mental.
- O persoal médico das UCA poida solicitar interconsultas a outros especialistas do Sistema Público de Saúde, seguindo un procedemento común que sirva de instrumento de comunicación habitual mediante un documento normalizado.
- Os profesionais sanitarios das UCA poidan acceder á historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde (IANUS) para a atención sanitaria aos pacientes a tratamento nas ditas unidades axustándose á lexislación vixente (Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica e as relacionadas).
- Os profesionais sanitarios do Servizo Galego de Saúde que necesiten prestar asistencia a calquera destes pacientes poidan acceder á información clínica rexistrada nas unidades de atención aos trastornos adictivos.
- Se realicen accións formativas e investigadoras conxuntas.
- Se manteña a colaboración nos programas de vacinación dos pacientes que reciban tratamento nas unidades de acordo coas directrices da Consellería de Sanidade.
- Se promova a continuidade na administración de metadona nos centros de atención primaria

### 3.2. Recursos que integran o tratamento das condutas adictivas

Os dispositivos e servizos que integran o circuíto asistencial para o tratamento dos trastornos adictivos estrutúranse en tres niveis:

#### a) Dispositivos de primeiro nivel

Centros e recursos non especializados no tratamento de trastornos adictivos, que constitúen a porta de entrada á Rede de Tratamento de Condutas Adictivas de Galicia. Estes servizos asumen funcións relacionadas coa detección, captación, asistencia, motivación e derivación, en caso necesario, aos servizos especializados de segundo nivel, así como a atención das necesidades sanitarias e sociais básicas das persoas con problemas de adicción e dos seus familiares.

Entre os recursos que forman parte deste nivel inclúense os servizos de Atención Primaria e Especializada en xeral.

Outros servizos con funcións de detección e derivación son:

- Servizos sociais
- Xulgados
- ONG
- Institucións penitenciarias

Neste punto, é importante recalcar a importancia dos **servizos de Atención Primaria**, que segundo o disposto na Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, constitúen o primeiro nivel de acceso ordinario da poboación ao Sistema Público de Saúde de Galicia e que se caracterizan por un enfoque global e integrado da atención e a saúde e por asumir un papel orientador e de canalización da asistencia requirida polo ou pola paciente en calquera punto do sistema sanitario.

Igualmente, non debemos perder de vista o papel fundamental que debe prestar o médico de Atención Primaria no ámbito comunitario.

#### b) Dispositivos de segundo nivel

Dentro da rede de tratamento de condutas adictivas son as unidades de condutas adictivas e as unidades de saúde mental. Entre outras, as súas funcións inclúen as de prestar atención especializada de carácter ambulatorio e de coordinar as

intervencións que realizan diferentes servizos de apoio ao tratamento adscritos ao terceiro nivel asistencial.

O acceso a estes centros debe realizarse a través da derivación dos recursos de primeiro nivel, salvo naqueles casos xa seguidos en recursos especializados de saúde mental.

Unha excepción á norma, nunha primeira fase de implantación deste modelo, son as persoas que consomen **drogas ilícitas** que tradicionalmente, e por diferentes motivos históricos, acceden en moitas ocasións directamente ás unidades. Tendo en conta esta situación e co fin de favorecer a atención a calquera usuario, deberase continuar facilitando o acceso directo ás unidades de condutas adictivas a estes pacientes, sen perder de vista o papel fundamental que debe prestar o médico de AP nos procesos sanitarios de tipo comunitario e sen prexuízo de que o dito acceso se deba canalizar progresivamente a través dos servizos de Atención Primaria.

### **c) Dispositivos de terceiro nivel**

Destinados fundamentalmente ao tratamento e á rehabilitación (recuperación funcional) de persoas con trastornos adictivos que precisan atención de forma intensiva, xa sexa de carácter ambulatorio ou en réxime de ingreso. Atendendo ao grao de especialización, o acceso de pacientes a estes dispositivos debe ser realizado preferentemente mediante derivación desde os dispositivos especializados na atención ás condutas adictivas.

Ao terceiro nivel pertencen os seguintes recursos:

- Unidades de día.
- Comunidades terapéuticas.
- Programas de desintoxicación hospitalaria.

### **d) Outros recursos complementarios**

Programas de incorporación social de apoio ao tratamento e reinserción de pacientes estabilizados.

## 4. O PROCESO ASISTENCIAL

Esta iniciativa englobase dentro dunha **estratexia ampla** cuxo fin é a normalización da asistencia ás persoas con trastornos adictivos, garantindo o acceso ao conxunto de servizos e prestacións do sistema sanitario público de saúde, mediante a mellora dos mecanismos de coordinación entre as unidades de condutas adictivas e os servizos de Atención Primaria e Especializada (en particular cos servizos de saúde mental) promovendo a homoxeneidade e equidade dos servizos prestados a esta poboación.

### 4.1. Definición do proceso asistencial en trastornos adictivos

O proceso asistencial sería o conxunto de actividades que realizan os provedores da atención terapéutica destinadas ao tratamento e rehabilitación dos individuos con trastornos adictivos, mellorando a súa saúde e benestar, previndo riscos e reducindo os danos asociados á adicción e mellorando a satisfacción dos pacientes cos servizos recibidos.

### 4.2. Obxectivos do proceso asistencial

#### a) Obxectivos xerais

- Lograr a resolución do trastorno adictivo ou, polo menos, minimizar as súas consecuencias.
- Propiciar a equidade asistencial dos pacientes con trastornos adictivos con respecto aos que padecen outro tipo de problemas de saúde
  - Facilitar o acceso dos persoas con trastornos adictivos á rede especializada de tratamento.
  - Mellorar o grao de adherencia ao tratamento destes pacientes.
  - Mellorar a calidade dos servizos prestados aos pacientes e aos seus familiares.

#### b) Obxectivos específicos

##### Obxectivos na área sanitaria

- Diagnosticar e tratar os trastornos adictivos
- Previr, diagnosticar e tratar as patoloxías orgánicas e trastornos mentais asociados aos trastornos adictivos.
- Promover a aplicación de coidados personalizados e de autocoidados.



- Educar na saúde e previr riscos e enfermidades derivadas do consumo de substancias
- Desenvolver habilidades persoais e sociais básicas que permitan mellores mecanismos de afrontamento de problemas por parte do paciente.
- Mellorar a capacidade de autocontrol.
- Favorecer o desenvolvemento persoal, a autonomía e a autoestima.
- Facilitar a aprendizaxe e a interiorización de hábitos e normas.
- Mellorar o estado de saúde mental dos pacientes.
- Facilitar pautas de manexo familiar para a implicación e o apoio ao proceso de tratamento.

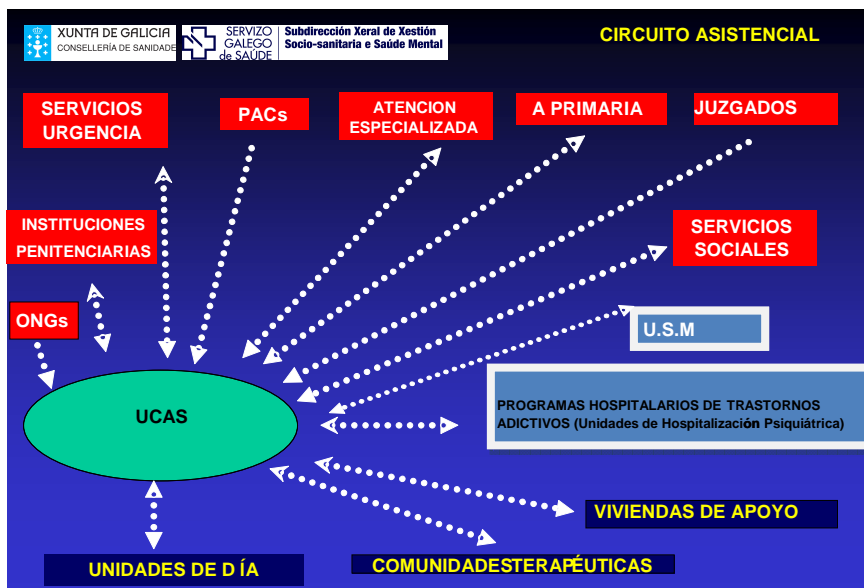
#### Obxectivos na área social

- Identificar a presenza de problemas familiares e sociais asociados aos trastornos adictivos e facilitar a atención destes.
- Facilitar o acceso e coordinación cos recursos sociais dispoñibles para a satisfacción de necesidades sociais básicas.
- Favorecer a capacitación profesional e a adquisición de competencias básicas para facilitar a incorporación laboral.
- Evitar o illamento social dos pacientes, fomentando as relacións interpersoais e o establecemento de redes sociais con persoas sen trastornos adictivos.
- Mellorar a autonomía persoal mediante a realización de itinerarios de inserción personalizados.

#### **4.3 Os fluxos na atención a trastornos adictivos**

**Aplicando un enfoque pragmático e de optimización dos recursos existentes, preténdese conseguir un modelo de intervención coordinada entre os distintos dispositivos de atención, regulando as portas de entrada destes pacientes para facelos máis eficaces e eficientes.**

**O circuío terapéutico recolle os principais fluxos existentes na actualidade** entre o conxunto de servizos que participan no tratamento dos trastornos adictivos, **móstrase no** seguinte esquema, que representa as relacións fundamentais entre as UCA e o resto de recursos con que entran en contacto as persoas con trastornos adictivos.



- 1- Segundo este esquema funcional, a maioría dos usuarios que son atendidos nas UCA por primeira vez son xeralmente derivados desde diferentes dispositivos de primeiro nivel (servizos de Atención Primaria e Especializada, servizos sociais, xulgados, institucións penitenciarias, ONG). **Neste sentido, recoméndase que as** persoas con trastornos adictivos que solicitan tratamento sexan atendidas inicialmente nos servizos de Atención Primaria, que os derivarán, en caso necesario, ás UCA ou aos servizos de saúde mental segundo o problema que presente cada paciente. Ao mesmo tempo, algúns pacientes serán derivados desde as unidades de saúde mental ás UCA e viceversa. Todo isto, sen prexuízo da prestación de asistencia a pacientes que acceden directamente ás unidades, como ocorre habitualmente con usuarios de drogas ilícitas.
  
- 2- Por outro lado, débense establecer mecanismos de coordinación eficientes entre as unidades de condutas adictivas e os dispositivos asistenciais de Saúde Mental, especialmente coas unidades de hospitalización dos servizos de Psiquiatría, nas cales **se levan a cabo as desintoxicacións hospitalarias (alcohol e outras substancias)** dentro dos programas hospitalarios de trastornos adictivos.
  
- 3- En canto á abordaxe da patoloxía dual, e atendendo ás dificultades que se poderían presentar nalgúns casos recoméndase:

- Que os pacientes con patoloxía dual a tratamento con metadona sexan seguidos nas unidades de condutas adictivas.
  - Que pacientes con patoloxía dual a tratamento con sales de litio, clozapina ou en terapia electroconvulsiva de mantemento sexan supervisados en unidades de saúde mental.
  - Que o manexo das comorbilidades de maior complexidade corresponda aos profesionais das distintas unidades con ampla experiencia nestas.
- 4- De igual forma, a comunicación entre os profesionais dos distintos dispositivos que comparten o seguimento dos pacientes debe ser fluída e permanente, con independencia dos mecanismos formais de coordinación.
- 5- Por último, o circuíto asistencial deberá finalizar:
- Cunha imprescindible coordinación cos servizos sociais e laborais dependentes da Consellería de Traballo e Benestar, co fin de promover, por parte das institucións competentes, a posta en marcha de mecanismos que faciliten a reinserción sociolaboral destes pacientes, dando resposta aos problemas e ás consecuencias derivadas do consumo de substancias.
  - Cunha adecuada coordinación e interrelación co servizo de Atención Primaria **correspondente**, unha vez finalizado o proceso de tratamento e rehabilitación, para o seu posterior seguimento e control continuado e permanente. Deberán establecerse os protocolos necesarios para o seu seguimento no ámbito da atención primaria.

Por tanto, os fluxos que seguirán os pacientes e as interrelacións existentes entre o conxunto de dispositivos específicos que participan directamente no tratamento das condutas aditivas **articularanse** de acordo co seguinte esquema, **que sintetiza o funcionamento** do circuíto asistencial para a atención ás adiccións en Galicia.



#### 4.4 Límites do proceso

##### a) Límite de entrada

O usuario debe ser, por norma xeral, derivado desde servizos de Atención Primaria ou ben desde outros dispositivos da Rede de Trastornos Adictivos ou dos Servizos de Saúde Mental; aínda que polas especiais connotacións dos usuarios de substancias ilícitas se debe facilitar a asistencia cando acceden de forma directa.

## **b) Límite de saída**

Paciente que conclúe tratamento na UCA por alta terapéutica ou por calquera outro dos motivos de finalización do tratamento:

- Causa de forza maior
- Alta voluntaria
- Abandono do tratamento
- Traslado definitivo a outro servizo asistencial, sociosanitario ou social

## **c) Límites marxinais**

- Persoas con condutas e/ou trastornos comportamentais non recoñecidas como adiccións nas clasificacións internacionais (CIE e DSM).
- Abordaxe de problemas de estrita índole social.

## **d) Destinatarios dos servizos**

Estes servizos están destinados a:

- Persoas con trastornos adictivos\*.
- Familiares de persoas con trastornos adictivos.
- Profesionais doutros servizos sanitarios, sociais ou xudiciais.
- Cidadáns en xeral.

*\*Recoñecidos como tales nas clasificacións internacionais (CIE e DSM).*

## 5. A PRESTACIÓN DE SERVICIOS NAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

O servizo deberase prestar cunha atención personalizada por parte dun equipo multidisciplinar de profesionais especializados comprometidos coa mellora da calidade de vida dos pacientes e das súas familias. Levarase a cabo sempre que sexa posible coa colaboración da familia e en coordinación coas institucións sociais, sanitarias e xudiciais, dentro dun marco comunitario que permita a integración social e laboral do paciente no seu ámbito.

Dentro dos servizos ofertados encóntranse:

### a) Acollida e información.

---

A acollida terá a función de facilitar información ao usuario, familia e/ou persoa que solicita axuda. Ademais, tras a recollida de datos administrativos e do ámbito social, fixarase a data da primeira consulta médica. Sempre que as posibilidades do servizo o permitan, esta deberase realizar no mesmo día. Cando isto non sexa posible, intentarase que sexa no mínimo tempo posible. Informarase sobre o funcionamento xeral da unidade, así como da xestión das primeiras e sucesivas consultas, os horarios e da carteira de servizos dispoñible.

Responsabilízase, así mesmo, da actualización dos datos administrativos, da xestión das suxestións e das reclamacións.

Poderá ser realizada por calquera categoría profesional das unidades de condutas adictivas, a criterio organizativo de cada unidade.

### b) Avaliación e diagnóstico

---

A planificación das intervencións levarase a cabo de forma personalizada en función das necesidades de cada usuario, aínda que estas se apoiarán en **guías clínicas baseadas na evidencia científica**. Serán realizadas por equipos de profesionais sanitarios con formación específica en trastornos adictivos.

As principais funcións serán:

- Realización da primeira consulta, na cal se deberá completar unha historia clínica para obter unha visión global do estado de saúde do paciente. Esta historia clínica incluirá:

- Valoración clínica (anamnese e exploración sistemática) da patoloxía adictiva, patoloxía orgánica e patoloxía mental asociada.
- Solicitude de probas diagnósticas se se considera pertinente.
- Valoración social do paciente en caso necesario (autonomía persoal, eventos relevantes na historia familiar laboral ou persoal do paciente) para avaliar a súa repercusión na adicción.
- Establecemento dun primeiro xuízo clínico, con indicación da intervención apropiada en función do problema ou patoloxía presente, tendo en conta os procedementos de avaliación e diagnóstico estandarizados.
- Deseño dun plan terapéutico individualizado para o tratamento da adicción.
- Xestión da historia clínica informatizada seguindo as directrices que determine o Servizo Galego de Saúde

### c) Tratamento e seguimento terapéutico

---

Será levado a cabo por un **equipo** de profesionais facultativos cunha formación específica e profesionais non facultativos (enfermaría, auxiliares de clínica, traballadores sociais, educadores sociais, terapeutas ocupacionais, etc.).

As actuacións sobre o caso poderán transferirse e/ou complementarse dun profesional a outro durante o tratamento, en función da súa evolución e de cales sexan en cada momento as áreas en que se precise a intervención terapéutica, segundo as competencias de cada profesional, dentro das intervencións planificadas polos profesionais sanitarios.

As principais funcións serán:

- Garantir a continuidade no tratamento levada a cabo polo equipo multidisciplinar.
- Educación sanitaria
- Seguimento da deshabitación e desintoxicación
- Controis toxicolóxicos para detectar consumo de drogas.
- Atención á patoloxía mental.
- Exploracións sistemáticas e seguimento médico de patoloxías en tratamento.
- Indicación e control de tratamentos farmacolóxicos.
- Profilaxe e control de enfermidades infectocontaxiosas.
- Psicoterapias (individuais ou grupais)
- Intervencións grupais destinadas a:
  1. A prevención de recaídas
  2. O adestramento en habilidades sociais

3. Habilidades para o afrontamento do estrés
4. A instauración de prácticas sexuais seguras
5. A redución de danos asociados ao consumo de drogas.

- Establecer a coordinación e a cooperación con outros dispositivos sanitarios, educativos, sociais e xurídicos
- Avaliar periodicamente o programa terapéutico proposto para o paciente (eficacia, efectividade, eficiencia).

#### d) Actividades transversais

---

Ao longo de todo o proceso asistencial, os equipos de profesionais das unidades de condutas adictivas deberanse encargar de:

- Discriminar entre aquelas situacións susceptibles de seren tratadas noutros recursos sanitarios ou sociosanitarios.
- Realizar o seguimento das acollidas dos pacientes co fin de valorar a súa evolución e a priorización en caso necesario.
- Tarefas de coordinación cos equipos de saúde mental da área correspondente en todo o referente a derivacións e carteira de servizos, así como a participación activa na planificación e desenvolvemento das actividades científicas dos servizos de psiquiatría (reunións, sesións clínicas,...).
- Elaboración de informes clínicos no momento de alta do usuario da unidade, así como nas derivacións a servizos de Atención Primaria, Psiquiatría ou outros servizos de Atención Especializada, así como outros informes de seguimento.
- Orientación e apoio ás familias de persoas con trastornos adictivos.

#### e) Outras actividades de coordinación

---

Realizaranse as actuacións de apoio individualizado necesarias para facilitar e asegurar a curación e a rehabilitación efectiva, co fin de minimizar as consecuencias da enfermidade.

Desenvolveranse en coordinación cos dispositivos directamente implicados nesta atención (incorporación social, seguimento dos procesos xudiciais, educación, e fiscalía etc.).



## 6- INDICADORES DE AVALIACIÓN

Considerando que se trata dun círculo e proceso de actuación conxunto que require dunha serie de accións de integración funcional entre institucións e profesionais de estruturas distintas, cremos adecuado propoñer que a avaliación, en principio, se dirixa a unha serie de **indicadores básicos de implantación e asistencia**, para máis adiante, unha vez supervisado o seu funcionamento, recoller outros indicadores relativos a actividades e a resultados. Por isto, propóñense **inicialmente os** seguintes indicadores xerais de carácter anual:

### 6.1: Indicadores estruturais

- Número de recursos con acceso directo a probas diagnósticas do Servizo Galego de Saúde.
- Número de recursos con acceso a IANUS

### 6.2: Indicadores de proceso e resultado

- Número de sesións clínicas da área con participación do persoal das UCA.
- Número de accións formativas comúns e integradoras para os profesionais de saúde mental e trastornos adictivos.
- Número de pacientes atendidos/potenciais
- Número de pacientes atendidos en 1.ª consulta facultativo o primeiro día da acollida/ total de admisións
- Número de pacientes con 1.ª consulta facultativo/ número de acollidas
- Número de pacientes con historia clínica en IANUS codificados con CIAP/ número de admisións
- Número de pacientes con plans terapéuticos de tratamento individualizado/ número de tratamentos iniciados.
- Número de pacientes con diagnóstico de patoloxía dual/ pacientes atendidos.
- Número de admisións e readmisións/ pacientes atendidos
- Número de pacientes derivados desde outros dispositivos/ número de pacientes atendidos:
  - Desde AP
  - Desde saúde mental

- Desde outros servizos do SERGAS
- Desde centros penitenciarios
- Outras derivacións
- Iniciativa propia, directamente.
- Número de interconsultas de pacientes derivados temporalmente a outros dispositivos da rede asistencial de saúde mental e adiccións/ pacientes atendidos/ pacientes totais:
  - Derivacións a unidades de saúde mental
  - Derivacións a unidades de hospitalización psiquiátrica.
  - Derivacións a comunidades terapéuticas
  - Derivacións a unidades de día
  - Derivacións a outros dispositivos.
- Número de pacientes con patoloxía orgánica / pacientes atendidos.
  - Infecciosa
  - Non infecciosa
- Número de pacientes con alta terapéutica/ pacientes atendidos.
- Número de pacientes con recaídas/atendidos.
- Número de profesionais que coñecen o circuío das UCA e das USM.
- Número de profesionais de Atención Primaria que coñecen o circuío.
- Número de pacientes con intervención social/ numero de admisións.
- Número de pacientes con intervención social/ pacientes atendidos.
- Número de pacientes da UCA en tratamento con metadona/total atendidos
- Número de pacientes da UCA en tratamento con metadona con dispensación en AP/total atendidos

A recollida desta información farana a nivel local os referentes de cada centro, para integrala máis tarde por áreas.

## **7- PLAN DE IMPLANTACIÓN**

Unha vez finalizada a elaboración do documento, o equipo técnico responsable da elaboración do dito documento e os responsables da Subdirección Xeral de Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental e do Servizo Galego de Saúde establecerán o cronograma de implantación do proxecto.

Á hora de executar o dito proxecto considerarase fundamental a fidelidade cos elementos básicos sinalados neste documento.

## **8- PLAN DE COMUNICACIÓN**

O obxectivo deste plan é organizar unha comunicación eficiente entre os diferentes recursos que integran o circuíto para dar a coñecer o circuíto aos potenciais profesionais involucrados.

Os destinatarios directos internos serán os responsables de xestión, profesionais relacionados coa atención directa de trastornos adictivos e profesionais do Servizo Galego de Saúde.

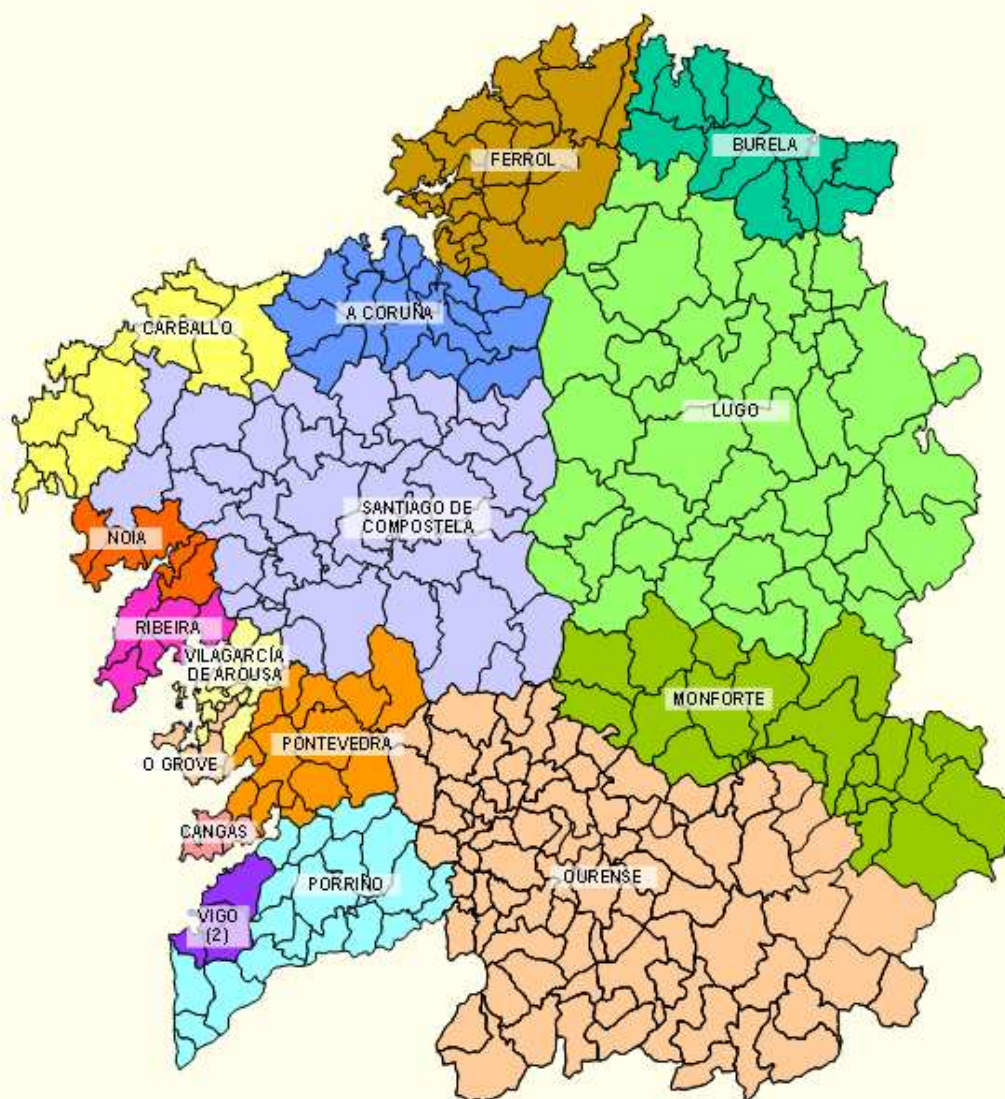
Os destinatarios directos externos serán profesionais de Saúde Pública, de servizos sociais, profesionais, centros penitenciarios e médicos forenses.

Neste sentido, organizaranse diferentes actividades para proceder á súa difusión aos distintos colectivos implicados ao mesmo tempo que se publicará na páxina web do Servizo Galego de Saúde e nun folleto de difusión dixital para o seu fácil acceso por parte de todos os grupos destinatarios.

## ÁREAS DE INFLUENCIA DAS UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS.

UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS (UAD)

ÁREAS DE INFLUENCIA



## ANEXO I: RECURSOS ASISTENCIAIS DE TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA

### 1.1. Unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD)

As unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) son centros ou servizos de tratamento ambulatorio nos cales se desenvolven diferentes tipos de programas terapéuticos para o tratamento dos trastornos adictivos.

Na actualidade, as UAD subvencionadas polo SERGAS son 17 e dan cobertura a toda a comunidade:

Táboa 1: Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD). Ano 2010

ENTIDADE	UAD
Asociación cidadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asociación Cruz Vermella de Lugo	Lugo
Concello de Burela	Burela
Concello de Cangas	Cangas
Concello de Carballo	Carballo
Concello do Grove	O Grove
Concello de Monforte de Lemos	Monforte
Concello de Noia	Noia
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello do Porriño	O Porriño

Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

### 1.2. Unidade de Tratamento de Alcoholismo (UTA)

As unidades de tratamento de alcoholismo (UTA) son centros ou servizos de tratamento ambulatorio nos cales se desenvolven diferentes tipos de programas terapéuticos para o tratamento dos trastornos adictivos relacionados maioritariamente co alcohol.

Na actualidade, as UTA que están en funcionamento son:

Táboa 2: Unidades de tratamento de alcoholismo. Ano 2010

ENTIDADE	UTA
Asociación Luis Miguel Moras	A Coruña
Asociación Ferrolterra	Ferrol
Asociación Viguesa de Alcoholoxía (ASVIDAL)	Vigo
Asociación As Burgas	Ourense
Servizo Galego de Saúde	Lugo
Servizo Galego de Saúde	Santiago

### 1.3. Unidade móbil (UM)

Debido á gran dispersión xeográfica, e coa finalidade de facilitar o achegamento dos recursos a todos os usuarios, habilitáronse as unidades móbiles e os servizos tipo dispensario.

As unidades móbiles (UM) facilitan o labor de achegamento dos recursos aos usuarios de drogas a tratamento, a modo de extensión das propias UAD. Trátase de dispositivos asistenciais dirixidos aos usuarios dos programas de tratamento con derivados opiáceos, principalmente os de baixa exixencia, sempre que sexan pacientes xa a tratamento nas UAD de referencia.

Neste momento só existe unha unidade móbil en funcionamento na cidade da Coruña.

#### 1.4. Servizo tipo dispensario (STD)

Este tipo de servizo asistencial supón o desprazamento de varios profesionais da UAD de referencia a un centro sanitario colaborador, para desenvolver alí as actividades asistenciais propias dunha UAD. Na actualidade, os servizos tipo dispensario do PGD son os seguintes:

Táboa 3: Servizos tipo dispensario. Ano 2010

Dispensario	UAD de que depende
Cee	UAD de Carballo
O Barco	UAD de Monforte
Sanxenxo	UAD do Grove

Figura 1: Localización dos centros ambulatorios de atención a trastornos adictivos.



### 1.5. Unidade de día (UD)

Este dispositivo asistencial funciona en modalidade semirresidencial e ofrece un abano de actividades terapéuticas e ocupacionais dirixidas á deshabitación e á rehabilitación, quedando fóra das súas funcións os procesos de desintoxicación e a súa utilización como residencia. Dadas as súas características (régime de internamento parcial) permite a non desvinculación do paciente do seu ambiente, favorecendo a colaboración familiar e facilitando a súa incorporación social. Na actualidade, as unidades de día en funcionamento son as seguintes:

Táboa 5: Unidades de día. Ano 2010

ENTIDADE	UAD
Asociación cidadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña



Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asemblea provincial da Cruz Vermella de Lugo	Lugo
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

#### 1.6. Comunidade terapéutica (CT)

As comunidades terapéuticas son dispositivos que realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación en réxime residencial (internamento). Concíbese como un marco físico que permite a ruptura temporal co medio habitual do paciente. Así mesmo, constitúese como un sistema en que o individuo ten a posibilidade de desenvolver novas pautas de comportamento tendentes a facilitar a súa incorporación social. Na actualidade, as comunidades terapéuticas coas que conta o PGD son as seguintes:

Táboa 6: Comunidades terapéuticas. Ano 2010

ENTIDADE	Localidade
Asociación cidadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña

Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Fundación Monte do Gozo	Val do Dubra
Fundación Monte do Gozo (1)	O Pereiro de Aguiar
Fundación Monte do Gozo (2)	Oleiros

(1) CT intrapenitenciaria

(2) CT de alcoholismo

Figura 2: Localización dos centros semirresidenciais e residenciais de atención a trastornos adictivos.



## Listaxe de recursos en trastornos adictivos en Galicia

### 1. UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS

#### PROVINCIA DA CORUÑA

- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ferrolana de Drogodependencias (ASFEDRO)  
R/ Cádiz, s/n  
**15406 CARANZA - FERROL**  
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13      Fax: (981) 31 95 74
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Santiago  
Avda. do Ambulatorio, s/n  
**15100 CARBALLO**  
Teléfono e fax: (981) 75 62 75
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga (ACLAD)  
R/ Ermita, 2-A. Polígono da Grela  
**15008 A CORUÑA**  
Teléfono: (981) 24 33 27/ 24 30 00      Fax: (981) 24 30 40
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Noia  
R/ República Arxentina. Casa do Mar  
**15200 NOIA**  
Teléfono e fax (981) 82 25 00
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Ribeira  
Avda. da Coruña, 174 - C (tras o Instituto de F.P.)  
**15960 RIBEIRA**  
Teléfono: (981) 87 38 27/ (981) 83 56 63      Fax: (981) 87 38 24
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Santiago  
Manuel María, 8 UMAD  
**15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA**

Teléfono: (981) 52 87 70 Fax: (981) 52 87 80

## **PROVINCIA DE LUGO**

- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Burela  
R/ Laxelas, s/n  
(Escolas Vellas)  
**27880 BURELA**  
Teléfono: (982) 58 02 01      Fax: (982) 58 06 65
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS.**  
Asemblea provincial da CRUZ VERMELLA  
R/ San Eufrasio, s/n  
**27002 LUGO**  
Teléfono: (982) 28 0434      Fax: (982) 28 08 48
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Monforte de Lemos  
R/ Otero Pedrayo, s/n (antiga Casa de Socorro)  
**27400 MONFORTE DE LEMOS**  
Teléfono: (982) 40 04 95      Fax: (982) 40 51 72

## **PROVINCIA DE OURENSE**

- **UNIDADE DE CONDUTAS ADICTIVAS**  
Concello de Ourense  
Complexo Hospitalario de Ourense  
R/ Ramón Puga, 52-56 (CHOU)  
**32005 OURENSE**  
Teléfono: (988) 36 98 29      Fax: (988) 38 54 82

## **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Cangas  
Avda. de Ourense, 46  
**36940 CANGAS**  
Teléfono: (986) 30 34 02/30 05 14      Fax: (986) 30 06 87
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello do Grove  
R/ Lordelo, s/n (edificio da Policía Local)  
**36980 O GROVE**

Teléfono: (986) 73 16 14      Fax: (986) 73 35 26

- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Pontevedra  
Praza de Valentín García Escudero, 1 baixo  
**36002 PONTEVEDRA**  
Teléfono: (986) 85 86 09 Fax: (986) 86 07 12
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello do Porriño  
R/ Domingo Bueno, 15-soto  
**36400 O PORRIÑO-PONTEVEDRA**  
Teléfono (986) 33 08 61 Fax.: (986) 33 54 62
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga "ALBORADA"  
R/ Isaac Peral n.º 8 - A - Baixo  
**36201 VIGO**  
Teléfono: (986) 22 48 48 Fax: (986) 22 42 36
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS "CEDRO"**  
Concello de Vigo  
R/ Pintor Colmeiro, 9  
**36211 VIGO**  
Teléfono: (986) 48 27 50 Fax: (986) 48 30 19
  
- **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Vilagarcía de Arousa  
Avda. Juan Carlos I, 38  
**36600 VILAGARCÍA DE AROUSA**  
Teléfono: (986) 50 79 70 Fax: (986) 50 57 96

## **2. UNIDADES DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO**

### **PROVINCIA DA CORUÑA**

- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
Servizo Galego de Saúde  
HOSPITAL CLÍNICO (CONSULTAS EXTERNAS. CONTROL D)  
A Choupana, s/n (CHUS)  
**15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
Teléfono : (981) 95 10 66 Fax: (981) 95 10 61
  
- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
ASOCIACIÓN DE EX-ALCOHÓLICOS DA CORUÑA  
Praza Laxes de Orro, 2 baixo – O Birloque  
**15008 A CORUÑA**  
Teléfono: (981) 29 30 00 Fax: (981) 29 31 21
  
- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
ASOCIACIÓN DE EX-ALCOHÓLICOS DE FERROLTERRA  
R/ Álvaro Cunqueiro, 6 baixo – Apdo. de Correos 546  
**15402 FERROL**  
Teléfono : (981) 35 13 95 Fax: (981) 35 99 88

### **PROVINCIA DE LUGO**

- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
Servizo Galego de Saúde
- Hospital Lucus Augusti (Consultas Externas)  
R/ San Cibrao, s/n  
**27003 LUGO**  
Teléfono: (982) 29 60 00

### **PROVINCIA DE OURENSE**

- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
Asociación AS BURGAS  
Hospital Santa María Madre (CHOU)  
R/ Ramón Puga, 52-56  
**32005 OURENSE**



Teléfono: (988) 36 98 29 Fax: (988) 36 98 28

### **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **UNIDADE DE TRATAMENTO DE ALCOHOLISMO**  
ASOCIACIÓN VIGUESA DE ALCOHOLOXÍA  
R/ Escultor Gregorio Fernández, 8 - baixo  
**36204 VIGO**  
Teléfono: (986) 22 62 69 Fax: (986) 22 62 40

### **3. PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS**

### **PROVINCIA DA CORUÑA**

- **HOSPITAL GIL CASARES (CHUS).**
- **SERVIZO DE PSIQUIATRÍA**  
A Choupana, s/n  
**15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
Teléfono : (981) 95 00 00 Fax: (981) 95 09 85
- **COMPLEXO HOSP. A CORUÑA (CHUAC)**  
**SERVIZO DE PSIQUIATRÍA**  
Estrada das Xubias, 84  
**15006 A CORUÑA**  
Teléfono: (981) 17 81 72 Fax: (981) 17 80 01
- **COMPLEXO HOSP. ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS.**  
**SERVIZO DE PSIQUIATRÍA**  
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n  
**15405 FERROL**  
Teléfono :(981) 33 40 00 Fax: (981) 33 40 78

### **PROVINCIA DE LUGO**

- **HOSPITAL LUCUS AUGUSTI.**
- **SERVIZO DE PSIQUIATRÍA**  
R/ San Cibrao, s/n  
**27003 LUGO**  
Teléfono: (982) 29 60 00

### **PROVINCIA DE OURENSE**

- **HOSPITAL SANTA MARÍA MADRE (CHOU).**

- **SERVIZO DE PSIQUIATRÍA**  
R/ Ramón Puga, 56  
**32005 OURENSE**  
Teléfono: (988) 38 54 99      Fax: (988) 38 54 62

#### **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.**  
SERVIZO DE PSIQUIATRÍA  
R/ Pizarro, 22  
**36204 VIGO**  
Teléfono: (986) 816000
  
- **COMPLEXO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.**  
SERVIZO DE PSIQUIATRÍA  
R/ Mourente, s/n  
**36071 PONTEVEDRA**  
Teléfono: (986) 800000

#### **4. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

#### **PROVINCIA DA CORUÑA**

- **COMUNIDADE TERAPÉUTICA DE ACLADE "FONTE DE OURO"**  
Fonte de Ouro, s/n  
**15189 TARRÍO-CULLEREDO**  
Teléfono: (981) 66 10 29 Fax: 981 243 040
  
- **COMUNIDADE TERAPÉUTICA DE ASFEDRO " O CONFURCO"**  
**15593-DONIÑOS-FERROL**  
Teléfono: 981 44 50 51 Fax: 981 31 95 74
  
- **COMUNIDADE TERAPÉUTICA DO PROXECTO HOME**  
Cernadas - Portomouro  
**15871-VAL DO DUBRA**  
Teléfono: 981 57 25 24 – 57 30 20 Fax: 981 57 36 06
  
- **COMUNIDADE TERAPÉUTICA DE ALCOHOLISMO (P. HOME)**  
Rúa Ocaso, 2 Bastiagueiro  
**15172 OLEIROS**  
Telefono: 981 295432 Fax: 981 299788

#### **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **COMUNIDADE TERAPÉUTICA DE "ALBORADA"**  
Piñeiro – Rías, 10  
**36739 TOMIÑO - PONTEVEDRA**

Teléfono e Fax.: 986 63 34 02

## **5. UNIDADES DE DÍA**

### **PROVINCIA DA CORUÑA**

- **UNIDADE DE DÍA "ASFEDRO"**  
R/ Cádiz, s/n  
**15406 CARANZA - FERROL**  
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13 Fax: (981) 31 95 74
  
- **UNIDADE DE DÍA DE ACLAD**  
R/ Ermita, 2-A. Polígono da Grela  
**15008 A CORUÑA**  
Teléfono e Fax: (981) 24 33 27
  
- **UNIDADE DE DÍA DE RIBEIRA**  
Avda. da Coruña, 174- C (tras o Instituto de F.P.)  
**15960 RIBEIRA**  
Teléfono: (981) 87 05 59 Fax: (981) 87 38 24
  
- **UNIDADE DE DÍA DE SANTIAGO**  
R/ Manuel María, 8 –UMAD-  
**15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
Teléfono: (981) 52 87 70 Fax. 52 87 80

### **PROVINCIA DE LUGO**

- **UNIDADE DE DÍA DA CRUZ VERMELLA**  
Cidade de Viveiro, 14 baixo  
**LUGO**  
Teléfono: (982) 23 03 15 Fax: (da UAD) (982)-28 08 48

### **PROVINCIA DE OURENSE**

- **UNIDADE DE DÍA DE OURENSE**  
Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)  
R/ Ramón Puga, 52-56  
**32005 OURENSE**  
Teléfono: (988) 23 14 61 Fax: (988) 24 71 00

### **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **UNIDADE DE DÍA DE ALBORADA**  
Isaac Peral, 8-A-Baixo  
**36201 VIGO**  
Teléfono: (986) 22 48 48. Fax.: (986) 22 42 36
- **UNIDADE DE DÍA DE VILAGARCÍA**  
Avda. de Juan Carlos I, 38  
**36600 VILAGARCÍA DE AROUSA**  
Teléfono: (986) 50 79 70. Fax: (986) 50 57 96
- **UNIDADE DE DÍA DE CEDRO**  
R/ Pintor Colmeiro, 9  
**36211 VIGO**  
Teléfono e fax: (986) 48 27 50
- **UNIDADE DE DÍA DE PONTEVEDRA**  
Rúa Sor Lucía, 2, 2º  
**36002 PONTEVEDRA**  
Teléfono e fax: 986 85 14 89

## 6. OUTROS RECURSOS

### PROVINCIA DA CORUÑA

- **CENTRO DE ACOLLIDA**  
**Asociación Proxecto Home Galicia**  
R/ Virxe da Cerca, 6  
**15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
Teléfono: (981) 57 25 24/ 57 30 20 Fax.: (981) 57 36 06

### PROVINCIA DE LUGO

- **CENTRO DE ACOLLIDA**  
**Asociación Proxecto Home Galicia**  
R/ Monte Faro, 2  
**27003 LUGO**  
Teléfono: (982) 20 26 93 Fax: (982) 20 26 33

### PROVINCIA DE OURENSE

- **CENTRO DE ACOLLIDA**  
**Asociación Proxecto Home Galicia**  
Pazo de Guizamonde, s/n  
**32001 OURENSE**

Teléfono: (988) 37 11 92      Fax: (988) 37 25 60

**PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **CENTRO DE ACOLLIDA**  
**Asociación Proxecto Home Galicia**  
Avda. Ramón Nieto, 245

**36205 VIGO**

Teléfono: (986) 37 46 46      Fax: (986) 37 44 88



**7. Centros dependientes do Ministerio de Interior nos cales se desenvolven os PROGRAMAS PENITENCIARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS**

- **CENTRO PENITENCIARIO DA CORUÑA**  
Estrada de Paradela, s/n  
**15310 TEIXEIRO-CURTIS- A CORUÑA**  
Teléfono: (981) 77 95 00 Fax: (981) 77 95 85
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE BONXE**  
Outeiro de Rei, s/n  
**27153 LUGO**  
Teléfono: (982) 39 32 18 Fax: (982) 39 32 25
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE MONTERROSO**  
Estrada de Vegadeo-Pontevedra, s/n  
**27071 MONTERROSO-LUGO**  
Teléfono: (982) 37 70 43 Fax: (982) 37 71 62
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DO PEREIRO DE AGUIAR**  
**32071 OURENSE**  
Teléfono: (988) 40 55 66 Fax: (988) 40 56 21
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DA LAMA**  
Avda Monte Racedo, s/n  
**36830-A LAMA-PONTE CALDELAS-PONTEVEDRA**  
Teléfono: (986) 75 80 00 / 19 Fax: (986) 75 80 11

## Concellos que atende cada unidade asistencial de drogodependencias

CONCELLOS	UAD	CONCELLOS	UNIDADE
Abadín	Lugo	Monforte de Lemos	Monforte
Abegondo	A Coruña	Montederramo	Ourense
Agolada	Santiago de Compostela	Monterrei	Ourense
Alfoz	Burela	Monterroso	Lugo
Allariz	Ourense	Moraña	Pontevedra
Ames	Santiago de Compostela	Mos	Pomíño
Amoeiro	Ourense	Mugardos	Asfedro
Antas de Ulla	Lugo	Muiños	Ourense
Aranga	A Coruña	Muras	Lugo
Arbo	Pomíño	Muros	Noia
Ares	Asfedro	Muxía	Carballo
Amoia (A)	Ourense	Narón	Asfedro
Arteixo	A Coruña	Navia de Suama	Lugo
Arzúa	Santiago de Compostela	Neda	Asfedro
Avión	Ourense	Negreira	Santiago de Compostela
Baiona	Cedro	Negreira de Muñiz	Lugo
Baiona	Alborada	Neves (As)	Pomíño
Baleira	Lugo	Nigrán	Cedro
Baltar	Ourense	Nigrán	Alborada
Bande	Ourense	Nogais (As)	Lugo
Baña (A)	Santiago de Compostela	Nogueira de Ramuín	Ourense
Baños de Molgas	Ourense	Noia	Noia
Baralla	Lugo	Noia	Noia
Barbadás	Ourense	Oia	Pomíño
Barco de Valdeorras (O)	Monforte	Ómbra	Ourense
Barreiros	Burela	Oleiros	A Coruña
Barro	Pontevedra	Ordes	Santiago de Compostela
Beade	Ourense	Oroso	Santiago de Compostela
Beariz	Ourense	Ortigueira	Asfedro
Becerreá	Lugo	Ourense	Ourense
Begonte	Lugo	Ouroil	Burela
Bergondo	A Coruña	Outeiro de Rei	Lugo
Betanzos	A Coruña	Outes	Noia
Blancos (Os)	Ourense	Oza dos Ríos	A Coruña
Boborás	Ourense	Pademe	A Coruña
Boimorto	Santiago de Compostela	Pademe de Allariz	Ourense
Boiro	Ribeira	Padrenda	Ourense
Bola (A)	Ourense	Padrón	Santiago de Compostela
Bolo (O)	Monforte	Palas de Rei	Lugo
Boqueixón	Santiago de Compostela	Pantón	Monforte
Bóveda	Monforte	Parada de Sil	Ourense
Brión	Santiago de Compostela	Paradela	Lugo
Bueu	Cangas	Páramo (O)	Lugo
Burela	Burela	Pastoriza (A)	Lugo
Cabana de Bergantiños	Carballo	Pazos de Borbén	Pomíño

CONCELLOS	UAD	CONCELLOS	UNIDADE
Cabanas	Asfedro	Pedrafita do Cebreiro	Lugo
Caldas de Reis	Malgarciá de Arousa	Pereiro de Aguiar (O)	Ourense
Calvos de Randín	Ourense	Peroxa (A)	Ourense
Camañas	Carballo	Petín	Monforte
Cambados	Malgarciá de Arousa	Pino (O)	Santiago de Compostela
Cambre	A Coruña	Piñor	Ourense
Campo Lameiro	Pontevedra	Pobra de Brollón (A)	Monforte
Cangas	Cangas	Pobra de Trives (A)	Ourense
Cañiza (A)	Pomíño	Pobra do Caramiñal (A)	Ribeira
Capela (A)	Asfedro	Poio	Pontevedra
Carballeda de Avia	Ourense	Pola	Lugo
Carballeda de Valdeorras	Monforte	Ponteareas	Pomíño
Carballedo	Monforte	Pontecaldelas	Pontevedra
Carballiño (O)	Ourense	Ponteceso	Carballo
Carballo	Carballo	Pontecesures	Santiago de Compostela
Cariño	Asfedro	Pontedeume	Asfedro
Camota	Noia	Pontedeva	Ourense
Carral	A Coruña	Pontenova (A)	Lugo
Cartelle	Ourense	Pontes de García Rodríguez (As)	Asfedro
Castro de Miño	Ourense	Pontevedra	Pontevedra
Castro do Val	Ourense	Porqueira	Ourense
Castro Caldelas	Ourense	Pomíño (O)	Pomíño
Castro de Rei	Lugo	Portas	Malgarciá de Arousa
Castroverde	Lugo	Porto do Son	Noia
Catoira	Malgarciá de Arousa	Portomariño	Lugo
Cedeira	Asfedro	Punxín	Ourense
Cee	Carballo	Quintela de Leirado	Ourense
Celanova	Ourense	Quiroga	Monforte
Cenlle	Ourense	Rábade	Lugo
Cerceda	A Coruña	Rainz de Veiga	Ourense
Cerdedo	Pontevedra	Ramirás	Ourense
Cerdido	Asfedro	Redondela	Pomíño
Cervantes	Lugo	Rianxo	Ribeira
Cervo	Burela	Ribadavia	Ourense
Cesuras	A Coruña	Ribadeo	Burela
Chandrea de Queixa	Ourense	Ribadumia	O Grove
Chantada	Monforte	Ribas de Sil	Monforte
Coirós	A Coruña	Ribeira	Ribeira
Coles	Ourense	Ribeira de Piñón	Lugo
Corcubión	Carballo	Riós	Ourense
Corgo (O)	Lugo	Riotorto	Lugo
Coristanco	Carballo	Rodeiro	Santiago de Compostela
Cortegada	Ourense	Rois	Santiago de Compostela
Coruña (A)	A Coruña	Rosal (O)	Pomíño
Cospeito	Lugo	Rúa (A)	Monforte
Cotobade	Pontevedra	Rubiá	Monforte

CONCELLOS	UAD		CONCELLOS	UNIDADE
Covelo (O)	Pomíño		Sada	A-Coruña
Crecente	Pomíño		Salceda-de-Caselas	Pomíño
Cualedro	Ourense		Salvaterra-de-Miño	Pomíño
Culleredo	A-Coruña		Samos	Lugo
Cuntis	Santiago-de-Compostela		San-Amaro	Ourense
Curtis	Santiago-de-Compostela		San-Cibrao-das-Miñas	Ourense
Dodro	Santiago-de-Compostela		San-Cristovo-de-Cea	Ourense
Dozón	Santiago-de-Compostela		San-Sadumiño	Asfedro
Dumbría	Carballo		San-Xoán-de-Río	Ourense
Entrimo	Ourense		Sandiás	Ourense
Esgos	Ourense		Santa-Comba	Santiago-de-Compostela
Estrada (A)	Santiago-de-Compostela		Santiago-de-Compostela	Santiago-de-Compostela
Fene	Asfedro		Santiso	Santiago-de-Compostela
Ferrol	Asfedro		Sanxenxo	O-Grove
Fisterra	Carballo		Sarreaus	Ourense
Folgoso-do-Courel	Monforte		Sarria	Lugo
Fonsagrada (A)	Lugo		Saviñao (O)	Monforte
Forcarei	Pontevedra		Silleda	Santiago-de-Compostela
Fornelos-de-Montes	Pomíño		Sober	Monforte
Foz	Burela		Sobrado	Santiago-de-Compostela
Frades	Santiago-de-Compostela		Somozas (As)	Asfedro
Friol	Lugo		Soutomaior	Pontevedra
Gomesende	Ourense		Taboada	Lugo
Gondomar	Cedro		Taboadela	Ourense
Gondomar	Alborada		Teixeira (A)	Ourense
Grove (O)	O-Grove		Teo	Santiago-de-Compostela
Guarda (A)	Pomíño		Toén	Ourense
Gudiña (A)	Ourense		Tomíño	Pomíño
Guitiriz	Lugo		Toques	Santiago-de-Compostela
Guntín	Lugo		Tordoia	Santiago-de-Compostela
Illa-de-Arousa (A)	Vilagarcía-de-Arousa		Touro	Santiago-de-Compostela
Incio (O)	Lugo		Trabada	Burela
Irixe (O)	Ourense		Trasmiras	Ourense
Irixoa	A-Coruña		Trazo	Santiago-de-Compostela
Lalín	Santiago-de-Compostela		Triacastela	Lugo
Lama (A)	Pontevedra		Tui	Pomíño
Láncara	Lugo		Vál-do-Dubra	Santiago-de-Compostela
Laracha	Carballo		Valadouro (O)	Burela
Larouco	Monforte		Valdoviño	Asfedro
Laxe	Carballo		Valga	Santiago-de-Compostela
Laza	Ourense		Vedra	Santiago-de-Compostela
Leiro	Ourense		Veiga (A)	Monforte
Lobeira	Ourense		Verea	Ourense
Lobios	Ourense		Verín	Ourense
Lourenzá	Burela		Mana-do-Bolo	Ourense
Lousame	Noia		Vicedo (O)	Burela
Lugo	Lugo		Vigo	Cedro

CONCELLOS	UAD		CONCELLOS	UNIDADE	
Maceda	Ourense		Mgo	Alborada	
Malpica de Bergantiños	Carballo		Ma de Cruces	Santiago de Compostela	
Manzaneda	Ourense		Mlboa	Pontevedra	
Mañón	Asfedro		Mlagarcía de Arousa	Mlagarcía de Arousa	
Mañín	Pontevedra		Malba	Lugo	
Maside	Ourense		Mlamañín	Ourense	
Mazaricos	Santiago de Compostela		Mlamartín de Valdeorras	Monforte	
Meaña	O Grove		Mlanova de Arousa	Mlagarcía de Arousa	
Meira	Lugo		Mlar de Barrio	Ourense	
Meis	Mlagarcía de Arousa		Mlar de Santos	Ourense	
Melide	Santiago de Compostela		Mlardevós	Ourense	
Melón	Ourense		Mlariño de Conso	Ourense	
Merca (A)	Ourense		Mlarmaior	Asfedro	
Mesía	Santiago de Compostela		Mlasantar	Santiago de Compostela	
Mezquita (A)	Ourense		Mmianzo	Carballo	
Miño	Asfedro		Mveiro	Burela	
Moaña	Cangas		Xermade	Lugo	
Moeche	Asfedro		Xinzo de Limia	Ourense	
Mondariz	Pomíño		Xove	Burela	
Mondariz-Balneario	Pomíño		Xunqueira de Ambia	Ourense	
Mondoñedo	Burela		Xunqueira de Espadanedo	Ourense	
Monfero	Asfedro		Zas	Santiago de Compostela	

III

□

## ANEXO: LEXISLACIÓN APLICABLE

### A) LEXISLACIÓN DE ÁMBITO ESTATAL

<b>Norma</b>	<b>Aspectos regulados</b>
1) Real decreto 75/1990, do 19 de xaneiro, polo que se regulan os tratamentos con opiáceos de persoas dependentes destes	Regula os tratamentos con opiáceos (principalmente metadona)
2) Real decreto 5/1996, do 15 de xaneiro, sobre modificación do Real decreto 75/1990, do 19 de xaneiro, polo que se regula os tratamentos con opiáceos de persoas dependentes destes	Medicación, centros e actividades de tratamento con opiáceos
3) Real decreto 2490/1998, polo que se crea e regula o título oficial de psicólogo especialista en psicoloxía clínica	Regulación título psicólogo clínico
4) Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal	Consentimento afectado, datos relativos a saúde. Acceso e comunicación de datos a terceiros
5) Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica	Dereito á información, intimidade e autonomía dos pacientes. Historia clínica
6) Real decreto 1277/2003, do 10 de outubro, polo que se establecen as bases xerais sobre autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios	Criterios de autorización de servizos sanitarios
7) Lei 44/2003, do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias	Relacións entre persoal sanitario e pacientes. Cometidos de licenciados e diplomados sanitarios. Relacións interprofesionais, traballo en equipo
8) Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde	Carteiras de servizos complementarias das comunidades autónomas

9) Estratexia nacional sobre drogas 2009-2016	Actuacións de diminución riscos e redución de danos. Actuacións en asistencia e integración social
---	--

## B) LEXISLACIÓN AUTONÓMICA

Norma	Aspectos regulados
10) Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas	Dispositivo asistencial, criterios actuación, a asistencia sanitaria pública, papel dos servizos sociais na atención necesidades sociais pacientes
11) Orde do 15 de maio de 2000 pola que se aproba o procedemento de acreditación administrativa para o desenvolvemento de actividades de tratamentos de mantemento con substancias opiáceas.	Realizar actividades relacionadas co tratamento de pacientes con substancias opiáceas
12) Decreto 58/2005, do 24 de febreiro, que modifica o Decreto 74/2002, do 28 de febreiro, polo que se crea o rexistro de entidades colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas, e se regula o procedemento para a súa declaración de interese.	Requisitos para a declaración de interese en materia de drogodependencias
13) Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes	Consentimento informado. Historia clínica
14) Orde do 12 de marzo de 2007 pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no Servizo Galego de Saúde	Dependencia funcional dos servizos de Saúde Mental
15) Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia	Dereito á autonomía dos pacientes, á confidencialidade e á información, á documentación sanitaria e á prestación de servizos sanitarios. Deberes dos pacientes
16) Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro, polo que se regula a autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios	Requisitos en materia de persoal e documentación clínica

17) Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica	Acceso á historia clínica polos distintos profesionais do Sistema Público de Saúde de Galicia
18) Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde	Regula a estrutura organizativa do Sergas segundo un modelo baseado na xestión integrada



## DETALLES LEGISLATIVOS DE INTERESE

- 1) **Real decreto 75/1990, do 19 de xaneiro, polo que se regulan os tratamentos con opiáceos de persoas dependentes destes. (BOE do 23 de xaneiro).**
- 2) **Nota: A redacción do art 3.3 é a dada polo Real decreto 1131/1990, do 14 de setembro (BOE do 18 de setembro) e as dos arts. 3.2, 9 e a ampliación do anexo polo Real decreto 5/1996, do 15 de xaneiro (BOE do 20 de febreiro).**

### Artigo 1. Obxecto.

Constitúe o obxecto desta norma regular os tratamentos cos principios activos que se inclúen na lista do anexo ao presente real decreto, cando se prescriban para o tratamento da dependencia de opiáceos naquelas pautas cuxa duración exceda os vinte e un días.

### Artigo 2. Centros ou servizos de tratamento.

1. Os tratamentos a que fai referencia a presente norma serán realizados unicamente por centros ou servizos sanitarios públicos ou privados sen ánimo de lucro, debidamente acreditados para isto polos órganos competentes da Administración sanitaria da comunidade autónoma correspondente ou, de ser o caso, polos órganos competentes do Ministerio de Sanidade e Consumo.
2. Para os efectos que establece o presente real decreto, e sempre que se considere oportuno, as autoridades sanitarias daquelas comunidades autónomas que teñan atribucións nesta materia ou, se for o caso, o Ministerio de Sanidade e Consumo a través dos seus órganos competentes, poderán acreditar servizos en centros penitenciarios ou noutros establecementos de carácter non estritamente sanitario

### Artigo 3. Prescrición, elaboración, conservación, dispensación, administración e formulación

1. A prescrición dos tratamentos regulados na presente norma será realizada polos facultativos dos centros ou servizos acreditados.
2. A medicación utilizada para estes tratamentos será elaborada, cando proceda, conservada, dispensada e administrada polos servizos farmacéuticos dos centros acreditados, de acordo co previsto no artigo 2. En defecto destes, así como tamén no suposto previsto na disposición adicional segunda, a dita medicación será elaborada, cando proceda, conservada e dispensada polos órganos da Administración sanitaria competente ou polas oficinas de farmacia acreditadas para o efecto. O control da administración da indicada medicación será levado a

cabo por profesionais do equipo sanitario que reúnan os requisitos exixidos polas normas vixentes en cada comunidade autónoma.

3. En todo caso, a elaboración, conservación ou dispensación da medicación a que fai referencia o punto anterior estará suxeita á normativa vixente, e quedará sometida ao control da Dirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios, ou dos órganos correspondentes das comunidades autónomas competentes na materia.

4. Os medicamentos utilizados para estes tratamentos serán prescritos, formulados, dispensados e administrados en solución oral extemporánea, sempre que sexa posible.

#### **Artigo 9.** Admisión a tratamento .

Para efectos da inclusión nos programas de tratamento regulados pola presente norma exixírase previamente diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos. Poderán ser solicitados polas comisións documentos acreditativos do cumprimento do dito requisito

### **ANEXO**

Lista de principios activos sometidos ao disposto no real decreto polo que se regulan os tratamentos con opiáceos de persoas dependentes destes:

Buprenorfina

Butorfanol

Codeína

Dextropropoxifeno

Dihidrocodeína

Etilmorfina

Folcodina

Levo alfa acetilmetadol (LAAM)\*

Metadona

Morfina

Noscapina

Opio extracto

Pentazocina

Petidina

Tilidina

(\*) Engadido á lista polo Real decreto 5/1996. Segundo o art. 3.2. do citado real decreto, "a prescrición, conservación, dispensación e administración do citado principio activo (LAAM) nos tratamentos regulados polo R.D. 75/1990, quedarán condicionadas á inscrición da especialidade que conteña o dito principio activo no Rexistro Comunitario de Medicamentos ou no Rexistro de Especialidades Farmacéuticas do Ministerio de Sanidade e Consumo".

**3) Real decreto 2490/1998, do 20 de novembro, polo que se crea e regula o título oficial de psicólogo especialista en psicoloxía clínica.**

**Disposición adicional segunda.** Normativa aplicable ao persoal estatutario.

O persoal estatutario que, estando en posesión do título oficial de psicólogo especialista en psicoloxía clínica, preste servizo en institucións sanitarias da Seguridade Social, en postos de traballo que requiran os coñecementos inherentes ao dito título, estará incluído no ámbito de aplicación do Estatuto xurídico de persoal médico da Seguridade Social ao cal accederá polo procedemento establecido para os facultativos especialistas.

**Disposición adicional terceira.** Efectos da creación do título de psicólogo especialista en relación con outros profesionais.

A creación do título oficial de psicólogo especialista en psicoloxía clínica, e a realización por estes titulados de diagnósticos, avaliacións e tratamentos de carácter psicolóxico, entenderase sen prexuízo das competencias que corresponden ao médico ou ao especialista en psiquiatría, cando a patoloxía mental atendida exixa a prescrición de fármacos ou cando da dita patoloxía deriven procesos biolóxicos que requiran a intervención dos citados profesionais.

**4) Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.**

**Artigo 5.** Dereito de información na recollida de datos.

1. Os interesados aos cales se soliciten datos persoais deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

- a. Da existencia dun ficheiro ou tratamento de datos de carácter persoal, da finalidade da recollida destes e dos destinatarios da información.
- b. Do carácter obrigatorio ou facultativo da súa resposta ás preguntas que lles sexan formuladas.
- c. Das consecuencias da obtención dos datos ou da negativa a subministralos.
- d. Da posibilidade de exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición.
- e. Da identidade e dirección do responsable do tratamento ou, se é o caso, do seu representante.

Cando o responsable do tratamento non estea establecido no territorio da Unión Europea e utilice no tratamento de datos medios situados en territorio español, deberá designar, salvo que tales medios se utilicen con fins de trámite, un representante en España, sen prexuízo das accións que se poidan emprender contra o propio responsable do tratamento.

2. Cando se utilicen cuestionarios ou outros impresos para a recollida, figurarán nestes, en forma claramente lexible, as advertencias a que se refire o punto anterior.

3. Non será necesaria a información a que se refiren as letras b, c e d do número 1 se o contido dela se deduce claramente da natureza dos datos persoais que se solicitan ou das circunstancias en que se solicitan.

4. Cando os datos de carácter persoal non fosen solicitados do interesado, este deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, polo responsable do ficheiro ou polo seu representante, dentro dos tres meses seguintes ao momento do rexistro dos datos, salvo que xa fose informado con anterioridade do contido do tratamento, da procedencia dos datos, así como do previsto nas alíneas a, d e e do número 1 deste artigo.

5. Non será de aplicación o disposto no punto anterior, cando expresamente unha lei o prevexa, cando o tratamento teña fins históricos, estatísticos ou científicos, ou cando a información ao interesado resulte imposible ou exixa esforzos desproporcionados, a criterio da Axencia Española de Protección de Datos ou do organismo autonómico equivalente, en consideración ao número de interesados, á antigüidade dos datos e ás posibles medidas compensatorias.

Así mesmo, tampouco rexerá o disposto no punto anterior cando os datos procedan de fontes accesibles ao público e se destinen á actividade de publicidade ou prospección comercial; neste caso, en cada comunicación que se dirixa ao interesado se lle informará da orixe dos datos e da identidade do responsable do tratamento así como dos dereitos que o asisten.

#### **Artigo 6.** Consentimento do afectado.

1. O tratamento dos datos de carácter persoal requirirá o consentimento inequívoco do afectado, salvo que a lei dispoña outra cousa.

2. Non será preciso o consentimento cando os datos de carácter persoal se recollan para o exercicio das funcións propias das administracións públicas no ámbito das súas competencias; cando se refiran ás partes dun contrato ou precontrato dunha relación negocial, laboral ou administrativa e sexan necesarios para o seu mantemento ou cumprimento; cando o tratamento dos datos teña por finalidade protexer un interese vital do interesado nos termos do artigo 7, número 6, desta lei, ou cando os datos figuren en fontes accesibles ao público e o seu tratamento sexa necesario para a satisfacción do interese lexítimo perseguido

polo responsable do ficheiro ou polo do terceiro a quen se comuniquen os datos, sempre que non se vulneren os dereitos e liberdades fundamentais do interesado.

3. O consentimento a que se refire o artigo poderá ser revogado cando exista causa xustificada para isto e non se lle atribúan efectos retroactivos.

4. Nos casos en que non sexa necesario o consentimento do afectado para o tratamento dos datos de carácter persoal, e sempre que unha lei non dispoña o contrario, este poderá opoñerse ao seu tratamento cando existan motivos fundados e lexítimos relativos a unha concreta situación persoal. En tal suposto, o responsable do ficheiro excluírá do tratamento os datos relativos ao afectado.

#### **Artigo 7.** Datos especialmente protexidos.

1. De acordo co establecido no número 2 do artigo 16 da Constitución, ninguén poderá ser obrigado a declarar sobre a súa ideoloxía, relixión ou crenzas.

Cando en relación con estes datos se proceda a solicitar o consentimento a que se refire o punto seguinte, advertiráselle ao interesado acerca do seu dereito a non prestalo.

2. Só co consentimento expreso e por escrito do afectado poderán ser obxecto de tratamento os datos de carácter persoal que revelen a ideoloxía, afiliación sindical, relixión e crenzas. Exceptúanse os ficheiros mantidos polos partidos políticos, sindicatos, igrexas, confesións ou comunidades relixiosas e asociacións, fundacións e outras entidades sen ánimo de lucro, cuxa finalidade sexa política, filosófica, relixiosa ou sindical, en canto aos datos relativos aos seus asociados ou membros, sen prexuízo de que a cesión destes datos precisará sempre o previo consentimento do afectado.

3. Os datos de carácter persoal que fagan referencia á orixe racial, á saúde e á vida sexual só poderán ser solicitados, tratados e cedidos cando, por razóns de interese xeral, así o dispoña unha lei ou o afectado consinta expresamente.

4. Quedan prohibidos os ficheiros creados coa finalidade exclusiva de almacenar datos de carácter persoal que revelen a ideoloxía, afiliación sindical, relixión, crenzas, orixe racial ou étnico, ou vida sexual.

5. Os datos de carácter persoal relativos á comisión de infraccións penais ou administrativas só poderán ser incluídos en ficheiros das administracións públicas competentes nos supostos previstos nas respectivas normas reguladoras.

6. Non obstante o disposto nos puntos anteriores, poderán ser obxecto de tratamento os datos de carácter persoal a que se refiren os números 2 e 3 deste artigo, cando o dito tratamento resulte necesario para a prevención ou para o diagnóstico médico, a prestación de asistencia sanitaria ou tratamentos médicos ou a xestión de servizos sanitarios, sempre que o dito tratamento de datos o realice un profesional sanitario suxeito ao segredo profesional ou por outra persoa suxeita, así mesmo, a unha obriga equivalente de segredo. Tamén poderán ser obxecto de tratamento os datos a que se refire o parágrafo anterior cando o

tratamento sexa necesario para salvagardar o interese vital do afectado ou doutra persoa, no suposto de que o afectado estea física ou xuridicamente incapacitado para dar o seu consentimento.

#### **Artigo 8.** Datos relativos á saúde.

Sen prexuízo do que se dispón no artigo 11 respecto da cesión, as institucións e os centros sanitarios públicos e privados e os profesionais correspondentes poderán proceder ao tratamento dos datos de carácter persoal relativos á saúde das persoas que a eles acudan ou deban ser tratados nestes, de acordo co disposto na lexislación estatal ou autonómica sobre sanidade.

#### **Artigo 10.** Deber de segredo.

O responsable do ficheiro e os que interveñan en calquera fase do tratamento dos datos de carácter persoal están obrigados ao segredo profesional respecto destes e ao deber de gardalos, obrigas que subsistirán aínda despois de finalizar as súas relacións co titular do ficheiro ou, se é o caso, co seu responsable.

#### **Artigo 11.** Comunicación de datos.

1. Os datos de carácter persoal obxecto do tratamento só poderán ser comunicados a un terceiro para o cumprimento de fins directamente relacionados coas funcións lexítimas do cedente e do cesionario co previo consentimento do interesado.

2. O consentimento exixido no punto anterior non será preciso:

- a. Cando a cesión está autorizada nunha lei.
- b. Cando se trate de datos recollidos de fontes accesibles ao público.
- c. Cando o tratamento responda á libre e lexítima aceptación dunha relación xurídica cuxo desenvolvemento, cumprimento e control implique necesariamente a conexión do dito tratamento con ficheiros de terceiros. Neste caso a comunicación só será lexítima en cuanto se limite á finalidade que a xustifique.
- d. Cando a comunicación que se deba efectuar teña por destinatario o Defensor do Pobo, o Ministerio Fiscal ou os xuíces ou tribunais ou o Tribunal de Contas, no exercicio das funcións que ten atribuídas. Tampouco será preciso o consentimento cando a comunicación teña como destinatario institucións autonómicas con funcións análogas ao Defensor do Pobo ou ao Tribunal de Contas.

- e. Cando a cesión se produza entre administracións públicas e teña por obxecto o tratamento posterior dos datos con fins históricos, estatísticos ou científicos.
- f. Cando a cesión de datos de carácter persoal relativos á saúde sexa necesaria para solucionar unha urxencia que requira acceder a un ficheiro ou para realizar os estudos epidemiolóxicos nos termos establecidos na lexislación sobre sanidade estatal ou autonómica.

3. Será nulo o consentimento para a comunicación dos datos de carácter persoal a un terceiro, cando a información que se facilite ao interesado non lle permita coñecer a finalidade a que destinarán os datos cuxa comunicación se autoriza ou o tipo de actividade daquel a quen se pretenden comunicar.

4. O consentimento para a comunicación dos datos de carácter persoal ten tamén un carácter de revogable.

5. Aquel a quen se comuniquen os datos de carácter persoal obrígase, polo só feito da comunicación, á observancia das disposicións da presente lei.

6. Se a comunicación se efectúa logo do procedemento de disociación, non será aplicable o establecido nos puntos anteriores.

#### **Artigo 12.** Acceso aos datos por conta de terceiros.

1. Non se considerará comunicación de datos o acceso dun terceiro aos datos cando o dito acceso sexa necesario para a prestación dun servizo ao responsable do tratamento.

2. A realización de tratamentos por conta de terceiros deberá estar regulada nun contrato que deberá constar por escrito ou nalgunha outra forma que permita acreditar a súa celebración e contido, establecéndose expresamente que o encargado do tratamento unicamente tratará os datos conforme as instrucións do responsable do tratamento, que non os aplicará ou utilizará con fin distinto ao que figure no dito contrato, nin os comunicará, nin sequera para a súa conservación, a outras persoas.

No contrato estipularanse, así mesmo, as medidas de seguridade a que se refire o artigo 9 desta lei que o encargado do tratamento está obrigado a implementar.

3. Unha vez cumprida a prestación contractual, os datos de carácter persoal deberán ser destruídos ou devoltos ao responsable do tratamento, o mesmo que calquera soporte ou documento en que conste algún dato de carácter persoal obxecto do tratamento.

4. No caso de que o encargado do tratamento destine os datos a outra finalidade, os comunique ou os utilice incumprindo as estipulacións do contrato, será considerado tamén responsable do tratamento, respondendo das infraccións en que tivese incorrido persoalmente.

**5) Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica**

**Artigo 2.** Principios básicos.

1. A dignidade da persoa humana, o respecto á autonomía da súa vontade e á súa intimidade orientarán toda a actividade encamiñada a obter, utilizar, arquivar, custodiar e transmitir a información e a documentación clínica.

2. Toda actuación no ámbito da sanidade require, con carácter xeral, o previo consentimento dos pacientes ou usuarios. O consentimento, que debe obterse despois de que o paciente reciba unha información adecuada, farase por escrito nos supostos previstos na lei.

3. O paciente ou usuario ten dereito a decidir libremente, despois de recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles.

4. Todo paciente ou usuario ten dereito a negarse ao tratamento, excepto nos casos determinados na lei. A súa negativa ao tratamento constará por escrito.

5. Os pacientes ou usuarios teñen o deber de facilitar os datos sobre o seu estado físico ou sobre a súa saúde de maneira leal e verdadeira, así como o de colaborar na súa obtención, especialmente cando sexan necesarios por razóns de interese público ou con motivo da asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que intervéñ na actividade asistencial está obrigado non só á correcta prestación das súas técnicas, senón ao cumprimento dos deberes de información e de documentación clínica, e ao respecto das decisións adoptadas libre e voluntariamente polo paciente.

7. A persoa que elabore ou teña acceso á información e á documentación clínica está obrigada a gardar a reserva debida.

**CAPÍTULO II**  
**O dereito de información sanitaria**

**Artigo 4.** Dereito á información asistencial.



1. Os pacientes teñen dereito a coñecer, con motivo de calquera actuación no ámbito da súa saúde, toda a información dispoñible sobre ela, salvando os supostos exceptuados pola lei. Ademais, toda persoa ten dereito a que se respecte a súa vontade de non ser informada. A información, que como regra xeral se proporcionará verbalmente deixando constancia na historia clínica, comprende, como mínimo, a finalidade e a natureza de cada intervención, dos seus riscos e das súas consecuencias.

2. A información clínica forma parte de todas as actuacións asistenciais, será verdadeira, comunicárselle ao paciente de forma comprensible e adecuada ás súas necesidades e axudarao a tomar decisións de acordo coa súa propia e libre vontade.

3. O médico responsable do paciente garántelle o cumprimento do seu dereito á información. Os profesionais que o atendan durante o proceso asistencial ou que lle apliquen unha técnica ou un procedemento concreto tamén serán responsables de informalo.

#### **Artigo 5.** Titular do dereito á información asistencial.

1. O titular do dereito á información é o paciente. Tamén serán informadas as persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, na medida en que o paciente o permita de maneira expresa ou tácita.

2. O paciente será informado, mesmo en caso de incapacidade, de modo adecuado ás súas posibilidades de comprensión, cumprindo co deber de informar tamén o seu representante legal.

3. Cando o paciente, segundo o criterio do médico que o asiste, careza de capacidade para entender a información a causa do seu estado físico ou psíquico, a información porase en coñecemento das persoas vinculadas a el por razóns familiares ou de feito.

4. O dereito á información sanitaria dos pacientes pódese limitar pola existencia acreditada dun estado de necesidade terapéutica. Entenderase por necesidade terapéutica a facultade do médico para actuar profesionalmente sen informar antes o paciente, cando por razóns obxectivas o coñecemento da súa propia situación poida prexudicar a súa saúde de maneira grave. Chegado este caso, o médico deixará constancia razoada das circunstancias na historia clínica e comunicará a súa decisión ás persoas vinculadas ao paciente por razóns familiares ou de feito.

#### **Artigo 6.** Dereito á información epidemiolóxica.

Os cidadáns teñen dereito a coñecer os problemas sanitarios da colectividade cando impliquen un risco para a saúde pública ou para a súa saúde individual, e o dereito a que esta información se difunda en termos verdadeiros, comprensibles e adecuados para a protección da saúde, de acordo co establecido pola lei.

## **CAPÍTULO III**

### **Dereito á intimidade**

#### **Artigo 7.** O dereito á intimidade.

1. Toda persoa ten dereito a que se respecte o carácter confidencial dos datos referentes á súa saúde, e a que ninguén poida acceder a eles sen previa autorización amparada pola lei.
2. Os centros sanitarios adoptarán as medidas oportunas para garantir os dereitos a que se refire o punto anterior, e elaborarán, cando proceda, as normas e os procedementos protocolizados que garantan o acceso legal aos datos dos pacientes.

## **CAPÍTULO IV**

### **O respecto da autonomía do paciente**

#### **Artigo 8.** Consentimento informado.

1. Toda actuación no ámbito da saúde dun paciente necesita o consentimento libre e voluntario do afectado, unha vez que, recibida a información prevista no artigo 4, valorase as opcións propias do caso.
2. O consentimento será verbal por regra xeral. Non obstante, prestarase por escrito nos casos seguintes: intervención cirúrxica, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, aplicación de procedementos que supoñen riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do paciente.
3. O consentimento escrito do paciente será necesario para cada unha das actuacións especificadas no punto anterior deste artigo, deixando a salvo a posibilidade de incorporar anexos e outros datos de carácter xeral, e terá información suficiente sobre o procedemento de aplicación e sobre os seus riscos.
4. Todo paciente ou usuario ten dereito a ser advertido sobre a posibilidade de utilizar os procedementos de prognóstico, diagnóstico e terapéuticos que se lle apliquen nun proxecto docente ou de investigación, que en ningún caso poderá comportar risco adicional para a súa saúde.
5. O paciente pode revogar libremente por escrito o seu consentimento en calquera momento.

## **CAPÍTULO VI**

### **A historia clínica**

#### **Artigo 14.** Definición e arquivo da historia clínica.

1. A historia clínica comprende o conxunto dos documentos relativos aos procesos asistenciais de cada paciente, coa identificación dos médicos e dos demais profesionais que interviñeron neles, con obxecto de obter a máxima integración posible da documentación clínica de cada paciente, polo menos, no ámbito de cada centro.

**Artigo 15.** Contido da historia clínica de cada paciente.

1. A historia clínica incorporará a información que se considere transcendental para o coñecemento veraz e actualizado do estado de saúde do paciente. Todo paciente ou usuario ten dereito a que quede constancia, por escrito ou no soporte técnico máis adecuado, da información obtida en todos os seus procesos asistenciais, realizados polo servizo de saúde tanto no ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. A historia clínica terá como fin principal facilitar a asistencia sanitaria, deixando constancia de todos aqueles datos que, baixo criterio médico, permitan o coñecemento veraz e actualizado do estado de saúde. O contido mínimo da historia clínica será o seguinte:

- a. A documentación relativa á folla clínico-estadística.
- b. A autorización de ingreso.
- c. O informe de urxencia.
- d. A anamnese e a exploración física.
- e. A evolución.
- f. As ordes médicas.
- g. A folla de interconsulta.
- h. O informes de exploracións complementarias.
- i. O consentimento informado.
- j. O informe de anestesia.
- k. O informe de quirófano ou de rexistro do parto.
- l. O informe de anatomía patolóxica.
- m. A evolución e planificación de coidados de enfermaría.
- n. A aplicación terapéutica de enfermaría.
- ñ. O gráfico de constantes.
- o. O informe clínico de alta.

Os parágrafos b, c, i, j, k, l, ñ e ou só serán exixibles á hora de elaborar a historia clínica cando se trate de procesos de hospitalización ou así se dispoña.

3. A elaboración da historia clínica, nos aspectos relacionados coa asistencia directa ao paciente, será responsabilidade dos profesionais que interveñan nela.

4. A historia clínica levarase con criterios de unidade e de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar o mellor e máis oportuno coñecemento polos facultativos dos datos dun determinado paciente en cada proceso asistencial.

## **Artigo 16.** Usos da historia clínica.

1. A historia clínica é un instrumento destinado fundamentalmente a garantir unha asistencia adecuada ao paciente. Os profesionais asistenciais do centro que realizan o diagnóstico ou o tratamento do paciente teñen acceso á historia clínica deste como instrumento fundamental para a súa adecuada asistencia.
2. Cada centro establecerá os métodos que posibiliten en todo momento o acceso á historia clínica de cada paciente polos profesionais que o asisten.
3. O acceso á historia clínica con fins xudiciais, epidemiolóxicos, de saúde pública, de investigación ou de docencia, réxese polo disposto na Lei orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter persoal, e na Lei 14/1986, xeral de sanidade, e demais normas de aplicación en cada caso. O acceso á historia clínica con estes fins obriga a preservar os datos de identificación persoal do paciente, separados dos de carácter clínico-asistencial, de maneira que como regra xeral quede asegurado o anonimato, salvo que o propio paciente dese o seu consentimento para non separalos. Exceptúanse os supostos de investigación da autoridade xudicial en que se considere imprescindible a unificación dos datos identificativos cos clínico-asistenciais, nos cales se seguirá o que dispoñan os xuíces e tribunais no proceso correspondente. O acceso aos datos e documentos da historia clínica queda limitado estritamente aos fins específicos de cada caso.
4. O persoal de administración e xestión dos centros sanitarios só pode acceder aos datos da historia clínica relacionados coas súas propias funcións.
5. O persoal sanitario debidamente acreditado que exerza funcións de inspección, avaliación, acreditación e planificación, ten acceso ás historias clínicas no cumprimento das súas funcións de comprobación da calidade da asistencia, o respecto dos dereitos do paciente ou calquera outra obriga do centro en relación cos pacientes e usuarios ou a propia Administración sanitaria.
6. O persoal que accede aos datos da historia clínica no exercicio das súas funcións queda suxeito ao deber de segredo.
7. As comunidades autónomas regularán o procedemento para que quede constancia do acceso á historia clínica e do seu uso.

## **Artigo 18.** Dereitos de acceso á historia clínica.

1. O paciente ten o dereito de acceso, coas reservas sinaladas no punto 3 deste artigo, á documentación da historia clínica e a obter copia dos datos que figuran nela. Os centros sanitarios regularán o procedemento que garanta a observancia destes dereitos.
2. O dereito de acceso do paciente á historia clínica pode exercerse tamén por representación debidamente acreditada.

3. O dereito ao acceso do paciente á documentación da historia clínica non se pode exercer en prexuízo do dereito de terceiras persoas á confidencialidade dos datos que constan nela recollidos en interese terapéutico do paciente, nin en prexuízo do dereito dos profesionais participantes na súa elaboración, os cales poden opoñer ao dereito de acceso a reserva das súas anotacións subxectivas.

4. Os centros sanitarios e os facultativos de exercicio individual só facilitarán o acceso á historia clínica dos pacientes falecidos ás persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, salvo que o falecido o prohibise expresamente e así se acredite. En calquera caso o acceso dun terceiro á historia clínica motivado por un risco para a súa saúde limitarase aos datos pertinentes. Non se facilitará información que afecte a intimidade do falecido nin as anotacións subxectivas dos profesionais, nin que prexudique a terceiros.

6) **Real decreto 1277/2003, do 10 de outubro, polo que se establecen as bases xerais sobre autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.**

## ANEXO II

### Definicións de centros, unidades asistenciais e establecementos sanitarios

#### OFERTA ASISTENCIAL

A oferta asistencial dos centros sanitarios anteriormente indicados poderá estar integrada por un ou varios dos seguintes servizos ou unidades asistenciais:

**U.71 Atención sanitaria a drogodependentes: unidade asistencial pluridisciplinar na cal, baixo a supervisión dun facultativo sanitario, se prestan servizos de prevención, atención e rehabilitación ao drogodependente, mediante a aplicación de técnicas terapéuticas.**

## 7) Lei 44/2003, do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias

### TÍTULO I Do exercicio das profesións sanitarias

#### Artigo 4. Principios xerais.

1. De acordo co establecido nos artigos 35 e 36 da Constitución, recoñécese o dereito ao libre exercicio das profesións sanitarias, cos requisitos previstos nesta lei e nas demais normas legais que resulten aplicables.

2. O exercicio dunha profesión sanitaria, por conta propia ou allea, requirirá a posesión do correspondente título oficial que habilite expresamente para isto ou, se é o caso, da certificación prevista no artigo 2.4, e aterase, se é o caso, ao previsto nesta, nas demais leis aplicables e nas normas reguladoras dos colexios profesionais.

3. Os profesionais sanitarios desenvolven, entre outras, funcións nos ámbitos asistenciais, investigadoras, docentes, de xestión clínica, de prevención e de información e educación sanitarias.

4. Corresponde a todas as profesións sanitarias participar activamente en proxectos que poidan beneficiar a saúde e o benestar das persoas en situacións de saúde e enfermidade, especialmente no campo da prevención de enfermidades, da educación sanitaria, da investigación e do intercambio de información con outros profesionais e coas autoridades sanitarias, para mellor garantía das ditas finalidades.

5. Os profesionais terán como guía da súa actuación o servizo á sociedade, o interese e saúde do cidadán a quen se lle presta o servizo, o cumprimento rigoroso das obrigas deontolóxicas, determinadas polas propias profesións conforme a lexislación vixente, e dos criterios de normo-praxe ou, se é o caso, os usos xerais propios da súa profesión.

6. Os profesionais sanitarios realizarán ao longo da súa vida profesional unha formación continuada, e acreditarán regularmente a súa competencia profesional.

7. O exercicio das profesións sanitarias levarase a cabo con plena autonomía técnica e científica, sen máis limitacións que as establecidas nesta lei e polos demais principios e valores contidos no ordenamento xurídico e deontolóxico, e de acordo cos seguintes principios:

- a. **Existirá formalización escrita do seu traballo reflectida nunha historia clínica, que deberá ser común para cada centro e única para cada paciente atendido nel.** A historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos e a ser compartida entre profesionais, centros e niveis asistenciais.

- b. Tenderase á unificación dos criterios de actuación, que estarán baseados na evidencia científica e nos medios dispoñibles e soportados en guías e protocolos de práctica clínica e asistencial. Os protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos os profesionais dun equipo, e serán regularmente actualizados coa participación daqueles que os deben aplicar.
- c. A eficacia organizativa dos servizos, seccións e equipos, ou unidades asistenciais equivalentes sexa cal sexa a súa denominación, requirirá a existencia escrita de normas de funcionamento interno e a definición de obxectivos e funcións tanto xerais como específicas para cada membro deste, así como a formalización por parte dos profesionais da documentación asistencial, informativa ou estatística que determine o centro.
- d. A continuidade asistencial dos pacientes, tanto a daqueles que sexan atendidos por distintos profesionais e especialistas dentro do mesmo centro como a dos que o sexan en diferentes niveis, requirirá en cada ámbito asistencial a existencia de procedementos, protocolos de elaboración conxunta e indicadores para asegurar esta finalidade.
- e. A progresiva consideración da interdisciplinariedade e multidisciplinariedade dos equipos profesionais na atención sanitaria.

**Artigo 5.** Principios xerais da relación entre os profesionais sanitarios e as persoas atendidas por eles.

1. A relación entre os profesionais sanitarios e as persoas atendidas por eles, réxese polos seguintes principios xerais:

- f. Os profesionais teñen o deber de prestar unha atención sanitaria técnica e profesional adecuada ás necesidades de saúde das persoas que atenden, de acordo co estado de desenvolvemento dos coñecementos científicos de cada momento e cos niveis de calidade e seguridade que se establecen nesta lei e no resto de normas legais e deontolóxicas aplicables.
- g. Os profesionais teñen o deber de facer un uso racional dos recursos diagnósticos e terapéuticos ao seu cargo, tomando en consideración, entre outros, os custos das súas decisións, e evitando a sobreutilización, a infrautilización e a inadecuada utilización destes.
- h. **Os profesionais teñen o deber de respectar a personalidade, dignidade e intimidade das persoas ao seu coidado e deben respectar a participación destes nas tomas de decisións que os afecten. En todo caso, deben ofrecer unha información suficiente e adecuada para que aqueles poidan exercer o seu dereito ao consentimento sobre as ditas decisións.**
- i. Os pacientes teñen dereito á libre elección do médico que os debe atender. Tanto se o exercicio profesional se desenvolve no sistema público como no

ámbito privado por conta allea, este dereito exercerase de acordo cunha normativa explícita que debe ser publicamente coñecida e accesible. Nesta situación o profesional pode exercer o dereito de renunciar a prestar atencións sanitarias á dita persoa só se isto non comporta desatención. No exercicio no sistema público ou privado, a dita renuncia exercerase de acordo con procedementos regulares, establecidos e explícitos, e dela deberá quedar constancia formal.

- j. Os profesionais e os responsables dos centros sanitarios facilitaranlles aos seus pacientes o exercicio do dereito a coñecer o nome, a titulación e a especialidade dos profesionais sanitarios que os atenden, así como a coñecer a categoría e función destes, se así estivesen definidas no seu centro ou institución.
- k. Os pacientes teñen dereito a recibir información de acordo co establecido na Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e dos dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.

2. Para garantir de forma efectiva e facilitar o exercicio dos dereitos a que se refire o punto anterior, os colexios profesionais, consellos autonómicos e consellos xerais, nos seus respectivos ámbitos territoriais, establecerán os rexistros públicos de profesionais que, de acordo cos requirimentos desta lei, serán accesibles á poboación e estarán á disposición das administracións sanitarias. Os indicados rexistros, respectando os principios de confidencialidade dos datos persoais contidos na normativa de aplicación, deberán permitir coñecer o nome, titulación, especialidade, lugar de exercicio e os outros datos que nesta lei se determinan como públicos.

Así mesmo, poderán existir nos centros sanitarios e nas entidades de seguros que operan no ramo da enfermidade outros rexistros de profesionais de carácter complementario aos anteriores, que sirvan aos fins indicados no punto anterior, conforme o previsto nos artigos 8.4 e 43 desta lei.

Os criterios xerais e requisitos mínimos destes rexistros serán establecidos polas administracións sanitarias dentro dos principios xerais que determine o Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, que poderá acordar a súa integración ao do Sistema de Información Sanitaria do Sistema Nacional de Saúde.

#### **Artigo 6.** Licenciados sanitarios.

**1. Correspóndelles, en xeral, aos licenciados sanitarios, dentro do ámbito de actuación para o que os faculta o seu correspondente título, a prestación persoal directa que sexa necesaria nas diferentes fases do proceso de atención integral de saúde e, se é o caso, a dirección e avaliación do desenvolvemento global do dito proceso, sen menoscabo da competencia, responsabilidade e autonomía propias dos distintos profesionais que interveñen neste.**



2. Sen prexuízo das funcións que, de acordo coa súa titulación e competencia específica corresponda desenvolver a cada profesional sanitario nin das que poidan desenvolver outros profesionais, son funcións de cada unha das profesións sanitarias de nivel de licenciados as seguintes:

a) Médicos: correspóndelles aos licenciados en medicina a indicación e realización das actividades dirixidas á promoción e mantemento da saúde, á prevención das enfermidades e ao diagnóstico, tratamento, terapéutica e rehabilitación dos pacientes, así como ao axuízamento e prognóstico dos procesos obxecto de atención.

b) Farmacéuticos: correspóndelles aos licenciados en farmacia as actividades dirixidas á produción, conservación e dispensación dos medicamentos, así como a colaboración nos procesos analíticos, farmacoterapéuticos e de vixilancia da saúde pública.

c) Dentistas: correspóndelles aos licenciados en odontoloxía e aos médicos especialistas en estomatoloxía, sen prexuízo das funcións dos médicos especialistas en cirurxía oral e maxilofacial, as funcións relativas á promoción da saúde bucodental e á prevención, diagnóstico e tratamento sinalados na Lei 10/1986, do 17 de marzo, sobre odontólogos e outros profesionais relacionados coa saúde bucodental.

d) Veterinarios: correspóndelles aos licenciados en veterinaria o control da hixiene e da tecnoloxía na produción e elaboración de alimentos de orixe animal, así como a prevención e loita contra as enfermidades animais, particularmente as zoonoses, e o desenvolvemento das técnicas necesarias para evitar os riscos que no home poden producir a vida animal e as súas enfermidades.

3. Son, tamén, profesionais sanitarios de nivel licenciado os que se atopen en posesión dun título oficial de especialista en ciencias da saúde establecido, conforme o previsto no artigo 19.1 desta lei, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos ou outros licenciados universitarios non incluídos no número anterior.

Estes profesionais desenvolverán as funcións que correspondan á súa respectiva titulación, dentro do marco xeral establecido no artigo 16.3 desta lei.

#### **Artigo 7.** Diplomados sanitarios.

1. Corresponde, en xeral, aos diplomados sanitarios, dentro do ámbito de actuación para que os faculta o seu correspondente título, a prestación persoal dos coidados ou os servizos propios da súa competencia profesional nas distintas fases do proceso de atención de saúde, sen menoscabo da competencia, responsabilidade e autonomía propias dos distintos profesionais que interveñen en tal proceso.

2. Sen prexuízo das funcións que, de acordo coa súa titulación e competencia específica corresponda desenvolver a cada profesional sanitario, nin das que poidan desenvolver outros profesionais, son funcións de cada unha das profesións sanitarias de nivel diplomado as seguintes:

- c. Enfermeiros: correspóndelles aos diplomados universitarios en enfermaría a dirección, avaliación e prestación dos coidados de enfermaría orientados á promoción, mantemento e recuperación da saúde, así como á prevención de enfermidades e discapacidades.
- b. Fisioterapeutas: correspóndelles aos diplomados universitarios en fisioterapia a prestación dos coidados propios da súa disciplina, a través de tratamentos con medios e axentes físicos, dirixidos á recuperación e rehabilitación de persoas con disfuncións ou discapacidades somáticas, así como á súa prevención.
- c. Terapeutas ocupacionais: correspóndelles aos diplomados universitarios en terapia ocupacional a aplicación de técnicas e a realización de actividades de carácter ocupacional que tendan a potenciar ou suplir funcións físicas ou psíquicas diminuídas ou perdidas, e a orientar e estimular o desenvolvemento de tales funcións.
- d. Podólogos: os diplomados universitarios en podoloxía realizan as actividades dirixidas ao diagnóstico e tratamento das afeccións e deformidades dos pés, mediante as técnicas terapéuticas propias da súa disciplina.
- e. Ópticos-optometristas: os diplomados universitarios en óptica e optometría desenvolven as actividades dirixidas á detección dos defectos da refracción ocular, a través da súa medida instrumental, á utilización de técnicas de reeducación, prevención e hixiene visual, e á adaptación, verificación e control das axudas ópticas.
- f. Logopedas: os diplomados universitarios en logopedia desenvolven as actividades de prevención, avaliación e recuperación dos trastornos da audición, da fonación e da linguaxe, mediante técnicas terapéuticas propias da súa disciplina.
- g. Dietistas-nutricionistas: os diplomados universitarios en nutrición humana e dietética desenvolven actividades orientadas á alimentación da persoa ou de grupos de persoas, adecuadas ás necesidades fisiolóxicas e, se é o caso, patolóxicas destas, e de acordo cos principios de prevención e saúde pública.

3. Cando unha actividade profesional sexa declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada e regulada, con nivel de diplomado, na correspondente norma enunciaranse as funcións que correspondan a esta, dentro do marco xeral previsto no punto 1 deste artigo.

## **Artigo 8.** Exercicio profesional nas organizacións sanitarias.

1. O exercicio profesional nas organizacións sanitarias rexerese polas normas reguladoras do vínculo entre os profesionais e tales organizacións, así como polos preceptos desta e das demais normas legais que resulten de aplicación.

2. Os profesionais poderán prestar servizos conxuntos en dous ou máis centros, aínda cando manteñan a súa vinculación a un só deles, cando se manteñan alianzas estratéxicas ou proxectos de xestión compartida entre distintos establecementos sanitarios. Neste suposto, os nomeamentos ou contratos de nova creación poderanse vincular ao proxecto no seu conxunto, sen prexuízo do que estableza, se é o caso, a normativa sobre incompatibilidades.

3. Os centros sanitarios revisarán, cada tres anos como mínimo, que os profesionais sanitarios do seu cadro de persoal cumpren os requisitos necesarios para exercer a profesión conforme o previsto nesta lei e nas demais normas aplicables, entre eles a titulación e demais diplomas, certificados ou credenciais profesionais destes, para determinar a continuidade da habilitación para seguir prestando servizos de atención ao paciente. Os centros disporán dun expediente persoal de cada profesional, no que se conservará a súa documentación e ao cal o interesado terá dereito de acceso.

4. Para facer posible a elección de médico que prevé o artigo 13 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, e de acordo co establecido no artigo 5.2 desta lei, os centros sanitarios disporán dun rexistro do seu persoal médico, do cal se porá en coñecemento dos usuarios o nome, titulación, especialidade, categoría e función dos profesionais.

5. No suposto de que, como consecuencia da natureza xurídica da relación en virtude da cal se exerza unha profesión, o profesional tivese que actuar nun asunto, forzosamente, conforme criterios profesionais diferentes dos seus, poderao facer constar así por escrito, coa salvagarda en todo caso do segredo profesional e sen menoscabo da eficacia da súa actuación e dos principios contidos nos artigos 4 e 5 desta lei.

## **Artigo 9.** Relacións interprofesionais e traballo en equipo.

1. A atención sanitaria integral supón a cooperación multidisciplinaria, a integración dos procesos e a continuidade asistencial, e evita o fraccionamento e a simple superposición entre procesos asistenciais atendidos por distintos titulados ou especialistas.

2. O equipo de profesionais é a unidade básica en que se estruturan de forma uni ou multiprofesional e interdisciplinar os profesionais e demais persoal das organizacións asistenciais para realizar efectiva e eficientemente os servizos que lles son requiridos.

3. Cando unha actuación sanitaria sexa realizada por un equipo de profesionais, articularase de forma xerarquizada ou colexiada, se é o caso, atendendo aos criterios de coñecementos e de competencia e, se é o caso, ao de titulación, dos profesionais que integran o equipo, en función da actividade concreta que se vai desenvolver, da confianza e coñecemento recíproco das capacidades dos seus membros, e dos principios de accesibilidade e continuidade asistencial das persoas atendidas.

4. Dentro dun equipo de profesionais, será posible a delegación de actuacións, sempre e cando estean previamente establecidas dentro do equipo as condicións conforme as cales a dita delegación ou distribución de actuacións se poida producir.

Condición necesaria para a delegación ou distribución do traballo é a capacidade para realizalo por parte de quen recibe a delegación, capacidade que deberá ser obxectivable, sempre que fose posible, coa oportuna acreditación.

5. Os equipos de profesionais, unha vez constituídos e aprobados no seo de organizacións ou institucións sanitarias serán recoñecidos e apoiados e as súas actuacións facilitadas, polos órganos directivos e xestores destas.

Os centros e institucións serán responsables da capacidade dos profesionais para realizar unha correcta actuación nas tarefas e funcións que lles sexan encomendadas no proceso de distribución do traballo en equipo.

#### **Artigo 10.** Xestión clínica nas organizacións sanitarias.

Para os efectos desta lei teñen a consideración de funcións de xestión clínica as relativas á xefatura ou coordinación de unidades e equipos sanitarios e asistenciais, as de titorías e organización de formación especializada, continuada e de investigación e as de participación en comités internos ou proxectos

institucionais dos centros sanitarios dirixidos, entre outros, a asegurar a calidade, seguridade, eficacia, eficiencia e ética asistencial, a continuidade e coordinación entre niveis ou o acollemento, cuidados e benestar dos pacientes.

**8) Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde.**

**Artigo 11.** Carteira de servizos complementaria das comunidades autónomas.

1. As comunidades autónomas, no ámbito das súas competencias, poderán aprobar as súas respectivas carteiras de servizos, que incluírán, cando menos, a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde, a cal debe garantirse a todos os seus usuarios.
2. As comunidades autónomas poderán incorporar nas súas carteiras de servizos unha técnica, tecnoloxía ou procedemento non establecido na carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde, para o cal establecerán os recursos adicionais necesarios. En todo caso, estes servizos complementarios, que deberán reunir os mesmos requisitos establecidos no artigo 5, non estarán incluídos no financiamento xeral das prestacións do Sistema Nacional de Saúde.
3. O Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde coñecerá, debaterá e, se é o caso, emitirá recomendacións, sobre o establecemento por parte das comunidades autónomas de prestacións sanitarias complementarias ás prestacións comúns do Sistema Nacional de Saúde, de acordo co establecido no artigo 71.1.b) da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde.
4. As comunidades autónomas porán en coñecemento do Ministerio de Sanidade e Consumo os servizos complementarios non recollidos na carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde que fosen incorporados á carteira de servizos específicos da comunidade autónoma, que se recollerán no sistema de información establecido no artigo 12.

## 9) Estratexia nacional sobre drogas 2009-2016.

### Ámbitos de actuación:

**5.1.2 Diminución do risco e redución do dano.** Trátase de dous conceptos próximos, pero non idénticos. A diminución do risco encóntrase máis próxima á prevención (como no caso dos programas orientados a evitar a condución de vehículos baixo os efectos do alcohol ou outras drogas, a fin de prever os accidentes de tráfico), mentres que a redución do dano atinxe máis á faceta asistencial (é o caso dos programas de mantemento con derivados opiáceos, ou as salas de venopunción asistida).

En calquera caso, trátase de actividades e programas que, desde hai anos, experimentaron un elevado nivel de desenvolvemento en España e noutros países, e que merecen unha consideración especial nesta estratexia.

Os obxectivos a que se deben dirixir as intervencións neste ámbito son: evitar que o consumo experimental e o uso esporádico se convertan en uso continuado e, sobre todo, reducir ou limitar os danos ocasionados á saúde das persoas que consomen drogas e, en xeral, os efectos sociosanitarios indesexables relacionados co seu uso.

As actividades que se deben manter e as que deberán mellorar no marco desta estratexia son distintas cando se relacionan tanto cos riscos como cos danos producidos polo consumo de drogas legais, medicamentos e substancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cando se refiren ao consumo de drogas ilegais, aínda que, non obstante, comparten algúns aspectos.

Poboacións diana:

É razoable afirmar que a sociedade no seu conxunto debe ter unha información adecuada e suficiente sobre a intención, as características e a sólida evidencia de efectividade que informa aqueles programas e actividades dirixidos a diminuír os riscos e reducir os danos que ocasiona o consumo de drogas. Ao mesmo tempo, cómpre salientar a necesidade de velar para que programas, campañas e materiais específicos, non acaben utilizándose en contextos inadecuados (por exemplo, con poboación xeral).

Os grupos de poboación beneficiarios destes programas e actividades son:

Sectores de poboación consumidores de drogas, non susceptibles de inclusión en programas encamiñados á abstinencia do consumo.

Consumidores de heroína de longa duración.

Contornos de poboación en situación de marxinalidade ou exclusión social (por exemplo, persoas que viven en barrios marxinais, grupos vinculados aos «mercados das drogas», persoas internas en centros penitenciarios, etc.).

Grupos de poboación que frecuentan contornos e participan en situacións onde existe unha especial facilidade para o consumo (por exemplo, concentracións xuvenís en contextos de lecer e festa, discotecas, etc.).

Colectivos que por determinadas circunstancias se poden ver especialmente afectados polo consumo de substancias psicoactivas, como poden ser os condutores de vehículos ou as mulleres embarazadas.

Este tipo de programas comprende unha serie variada de actuacións entre as cales cabe citar: programas de mantemento con metadona, intercambio de xiringas e kits sanitarios, talleres de sexo seguro, etc. Aínda que nun principio estiveron moi relacionados coa prevención da infección do VIH e a sida, e en estreita relación co consumo de heroína, estes programas foron evolucionando e na actualidade inclúen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol e outras drogas, así como actuar en relación co anterior, os sectores de poboación que máis se benefician deles ampliáronse desde uns colectivos de heroinómanos en situación marxinal nos seus inicios, a capas cada vez máis amplas e integradas na sociedade.

Contextos de actuación:

Para obter un resultado eficaz na diminución do risco e na redución do dano, as actuacións deben levarse a cabo, basicamente a nivel comunitario, en dous grandes ámbitos: o da atención social e o sanitario. En relación con eles, cabe sinalar os seguintes aspectos estratéxicos:

No ámbito da atención social:

Fomentar a orientación comunitaria do conxunto do sistema de atención social, promovendo e reforzando actividades coordinadas entre os distintos servizos existentes (recursos de rúa, dispositivos itinerantes, sistema xudicial, servizos de urxencias, etc.), tanto autonómicos como locais.

Mellorar a cobertura e a accesibilidade das persoas internas nos centros penitenciarios a programas específicos de redución de danos-intercambio de xiringas, metadona, etc.

Mellorar os programas de medidas alternativas á prisión.

Facilitar a resposta oportuna das forzas e corpos de seguridade e outros colectivos dedicados á atención cidadá e de urxencias, fronte a situacións nas cales é



necesaria unha intervención rápida para evitar mortes por sobredoses ou outros danos evitables.

Ampliar a cobertura de programas de rúa ou de contacto, acceso e detección precoz de problemas que afectan a grupos de poboación en situación de risco.

Reforzar os sistemas de alerta e detección de novos consumos.

Mellorar a información relativa aos recursos asistenciais e optimizar os procesos de cribaxe e derivación aos servizos pertinentes.

#### No ámbito sanitario:

Fomentar a orientación comunitaria do conxunto do sistema sanitario e a súa coordinación cos recursos sociais, promovendo e reforzando actividades coordinadas entre os distintos servizos existentes (Saúde Pública, Atención Primaria, servizos sanitarios de urxencias, etc.), tanto autonómicos como locais.

Promover a coordinación entre a atención primaria, os centros de atención a drogodependentes, os centros de saúde mental e os dispositivos de apoio, co propósito de xerar sinerxías na abordaxe dos problemas ocasionados polo consumo de drogas.

Optimizar a implicación das oficinas de farmacia e dos farmacéuticos nos programas de intercambio de xiringas e de información e consello.

Mellorar a calidade da actuación dos servizos de urxencias hospitalarios mediante a capacitación dos profesionais e o deseño conxunto de procedementos de atención co obxectivo principal da redución de danos (morbimortalidade directa e indirecta) e a detección e derivación dos pacientes

Mellorar a resposta dos servizos de emerxencias e da atención especializada.

**5.1.3 Asistencia e integración social.** A análise e a revisión das políticas de drogas nos últimos anos en España permiten observar o cambio producido na percepción social do fenómeno do consumo de drogas e das drogodependencias. Quizais o máis significativo resida na concepción das adiccións como unha enfermidade máis e, por tanto, no recoñecemento de que os afectados por estas teñen dereito á correspondente atención sanitaria e social.

A atención sanitaria e social das persoas con problemas relacionados co consumo de substancias psicoactivas debe estar adaptada ás novas necesidades, sendo necesario que se garanta, atenda, facilite, coordine e incremente esta, desde a máxima de que calquera programa está en función das necesidades do individuo.

As características da atención sanitaria ao drogodependente deben contemplar, como principios básicos, a individualización do tratamento, a atención normalizada desde os diferentes recursos sanitarios da rede asistencial pública, a

integralidade e coordinación dos recursos implicados, así como a posibilidade de presentar unha carteira de programas diversificados e flexibles adaptados á realidade do usuario, á hora de establecer o plan terapéutico.

O contexto asistencial en que se desenvolve a desintoxicación e a deshabitación da conduta adictiva é de relevante importancia, e cada vez está máis estendida a conclusión de que existe unha relación directamente proporcional entre as actuacións sanitarias e sociais no marco natural do contorno do paciente e o éxito terapéutico.

Por outro lado, ao alto grao de calidade xa alcanzado polas redes asistenciais no conxunto do Estado na actualidade, trátase de engadir a máxima precocidade posible nas intervencións (detección de factores de risco e cribaxe, derivación, diagnóstico da adicción, inicio da deshabitación, e estratexias de mantemento e consolidación da abstinencia), así como de garantir a calidade (efectividade, eficiencia, equidade) das intervencións diagnósticas e terapéuticas, para o cal é imprescindible a coordinación entre os servizos sociais, o sistema xudicial e os servizos sanitarios.

As recaídas no consumo de drogas, unha vez iniciado o proceso de tratamento, forman parte deste, e como tal deben ser abordados, tanto polos profesionais como polo propio paciente e o contorno familiar e social que o rodea.

Débase ter en conta que, para moitas persoas, o problema non é única e exclusivamente abandonar o consumo dunha determinada substancia, senón outras circunstancias: policonsumos, enfermidade mental, precariedade económica, desarraigo social, laboral e/ou familiar, e en xeral ruptura ou inexistencia de vínculos sociais integradores. Neste sentido, débese prestar unha especial atención á potenciación e mellora dos recursos de inserción social para aquelas persoas que abandonan as institucións penitenciarias.

Así mesmo, é fundamental reforzar os mecanismos que promoven a «non desvinculación» das persoas en tratamento do seu medio laboral e, en todo caso, que faciliten a reinserción neste. Faise necesaria unha atención integral e coordinada dirixida á incorporación social da persoa, ao acceso e desfrute dos dereitos sociais básicos (vivenda, emprego, educación, saúde, protección social, etc.), que, ademais, teña en conta os distintos perfís das persoas, non só desde as carencias, senón, sobre todo, desde as súas potencialidades e capacidades, o que exige a diversidade e personalización na atención, acompañamento e tratamento.

Poboacións diana:

Neste punto, os sectores de poboación sobre os cales se debe traballar son:

Persoas con problemas de adicción que se encontran en tratamento nos diversos recursos da rede pública ou específica de atención (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).

Persoas que consomen drogas e que acoden á rede sanitaria xeral por problemas relacionados co seu consumo ou por outros problemas de saúde.

Persoas con problemas de adicción ou que lograron a abstinencia e, en ambos os casos, se encontran en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).

Persoas que están internas en centros penitenciarios ou están seguindo programas alternativos ao cumprimento de penas de prisión.

Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección ou reforma.

As familias ou o contorno das persoas con problemas de adicción, con especial atención aos descendentes.

As persoas afectadas por patoloxía dual, que presentan cadros comórbidos complicados que se cronifican e empeoran a evolución e o prognóstico do problema adictivo.

Contextos de actuación:

Os contornos desde onde se desenvolve este ámbito de intervención son:

O sistema sanitario: mediante a implicación dos servizos de atención primaria e dos dispositivos de apoio específicos (centros de atención e seguimento; centros de saúde mental, etc.), pero sempre tendendo á «non duplicación» de redes asistenciais. Adicionalmente, hai que prestar atención ao fomento da coordinación entre o primeiro chanzo asistencial e a atención especializada.

Os servizos sociais: mediante a coordinación entre traballadores sociais dos sistemas social e sanitario.

O ámbito laboral: asegurando a coordinación dos servizos de prevención de riscos laborais, os comités de empresa e os sindicatos, tanto cos servizos sanitarios como cos sociais.

O sistema xudicial: promovendo a coordinación co sector socioanitario e facilitando un enfoque xudicial orientado á incorporación social das persoas en situacións vulnerables.

**10) Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas**

---

## **TÍTULO II**

### **Da asistencia e reinserción dos afectados polo consumo de drogas**

Artigo 16. Do dispositivo asistencial.

1. Os poderes públicos da Comunidade Autónoma galega garantirán, en iguais condicións que ao resto da poboación, o proceso de atención ao drogodependente nos servizos sanitarios e sociais, respectando os dereitos e as obrigas que establece a normativa básica e autonómica nesta materia.

2. Os recursos de tratamento das drogodependencias axustaranse á seguinte tipoloxía básica e distribución sanitaria:

a) Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD): centros ou servizos de tratamento ambulatorio que, dependendo ou non dun hospital, desenvolvan calquera tipo de actividade terapéutica en drogodependencias. Promoverase a implantación dunha UAD por área de saúde.

b) Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH): aquelas que, dentro dun servizo hospitalario, realizan tratamentos de desintoxicación en réxime de internamento hospitalario. Promoverase a dotación dunha UDH por rexión sanitaria.

c) Unidades de día (UD): aquelas que, en réxime de estadia de día, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica ou ocupacional. Promoverase a implantación, como mínimo, dunha UD por cada unha das sete grandes cidades de Galicia.

d) Comunidades terapéuticas (CT): aquelas unidades, centros ou servizos que, en réxime de internamento, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica ou ocupacional. Promoverase a dotación dunha CT por cada rexión sanitaria.

3. En función da evolución do consumo de drogas e das súas consecuencias, poderán crearse outro tipo de centros, establecementos ou servizos e alterar a distribución anteriormente indicada.

Artigo 17. Criterios de actuación.

Serán criterios de actuación dos servizos sanitarios e sociais:

- 1) Promover a redución da morbi/mortalidade asociada ao consumo das drogas.
- 2) Atender as persoas con problemas derivados do consumo de drogas preferentemente no seu ámbito comunitario, potenciando os recursos asistenciais de réxime ambulatorio (UAD), de hospitalización parcial (UD) e de atención domiciliaria, evitando, na medida do posible, a necesidade de internamento.

Nos procesos que así o requiran, a hospitalización dos pacientes drogodependentes realizarase nas unidades correspondentes dos hospitais da rede sanitaria xeral.

- 3) Facilitarlle ao drogodependente unha resposta terapéutica de carácter global, mediante a coordinación permanente dos servizos sanitarios e sociais e a optimización racional dos recursos, procurando a adaptación social dos afectados e a súa reinserción na sociedade.

Artigo 18. Da asistencia sanitaria pública.

I. As administracións públicas de Galicia velarán polo desenvolvemento das actividades asistenciais precisas para o tratamento dos diversos problemas derivados do consumo de drogas, a desintoxicación, a deshabitación-rehabilitación e a atención ás complicacións orgánicas, psíquicas e sociais e ás urxencias derivadas do uso das drogas.

Co obxecto de garantir as prestacións adecuadas, a Administración autonómica, no marco das súas competencias, poderá establecer acordos, convenios, contratos ou concertos con entidades tanto públicas coma privadas, preferentemente con aquelas que non teñan ánimo de lucro.

2. A Administración sanitaria desenvolverá programas de promoción da saúde orientados de forma prioritaria a colectivos de risco, especialmente de vacinación e quimioprofilaxe dos suxeitos afectados e das persoas que con el convivan, considerándose preferentes os de hepatite, tétano e tuberculose.

Tamén levará a cabo accións de educación sanitaria, de detección e tratamento de enfermidades infecciosas asociadas e de dispoñibilidade de material e axeitada utilización deste como profilaxe na transmisión de enfermidades infecciosas, especialmente

VIH-sida.

Artigo 19. Dos servizos sociais.

1. As administracións públicas de Galicia velarán polo desenvolvemento e pola promoción de actuacións encamiñadas a garantir a atención das necesidades sociais dos afectados e a favorecer a súa integración social, mediante a utilización conxunta e coordinada dos diferentes programas da rede xeral de servizos sociais.

2. Directamente ou en colaboración coas administracións locais ou coa iniciativa social, a Administración autonómica desenvolverá programas orientados á promoción do movemento asociativo e á integración familiar e social dos afectados e fomentará o voluntariado social ou outras formas de apoio e axuda ao drogodependente que actúen coordinadamente coa rede xeral de servizos sociosanitarios.

**11) Orde do 15 de maio de 2000 pola que se aproba o procedemento de acreditación administrativa para o desenvolvemento de actividades de tratamentos de mantemento con substancias opiáceas.**

Artigo 1. Obxecto.

1. Constitúe o obxecto da presente norma regulamentar o procedemento de acreditación administrativa para desenvolver no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia actividades de tratamento de mantemento cos principios activos que regula o R.D. 75/1990, do 19 de xaneiro, e demais normativa concordante, con pautas de máis de 21 días de duración, para persoas dependentes de substancias opiáceas nos seguintes supostos:

a) Centros ou servizos sanitario-asistenciais públicos e privados sen ánimo de lucro.

b) Centros ou servizos dependentes de institucións penitenciarias ou doutras entidades que teñan por finalidade principal unha función non estritamente sanitaria.

c) Con carácter excepcional e unicamente para a prescrición de tratamentos regulados nesta orde, profesionais facultativos médicos non integrados en centros ou servizos acreditados para o efecto.

d) Oficinas de farmacia que pretendan levar a cabo actividades de elaboración ou, cando proceda, conservación, dispensación ou administración.

2. Nos supostos a) e b) poderase solicitar acreditación para o desenvolvemento de actividades de prescrición, formulación, elaboración, conservación, distribución, dispensación ou administración, sempre e cando contén cos requisitos de persoal exixidos pola lexislación vixente e o equipamento necesario para o desenvolvemento das actividades.

#### Artigo 2. Inclusión no programa de tratamento.

Para os efectos de inclusión de persoas dependentes de opiáceos nos programas de tratamentos de mantemento con agonistas opiáceos regulados nesta orde, será requisito indispensable o diagnóstico previo confirmado da referida dependencia a opiáceos.

#### Artigo 10. Vixencia e renovación da acreditación.

1. De acordo co sinalado no artigo 7 do R.D. 75/1990, do 19 de xaneiro, a Administración sanitaria autonómica só poderá outorgar acreditación cunha vixencia non superior a dous anos.

#### Artigo 12. Prescrición e dispensación.

1. A prescrición de medicamentos agonistas opiáceos a pacientes incluídos en programas de mantemento con derivados opiáceos só poderán realizala os facultativos médicos pertencentes aos centros ou servizos acreditados para o desenvolvemento das actividades de prescrición reguladas no artigo 1 desta orde.

#### Artigo 13. Das obrigas dos centros, servizos ou facultativos acreditados.

1. Todos os centros, servizos ou facultativos aos cales se lles outorgue unha acreditación para desenvolver calquera das actividades sinaladas na presente orde, quedarán obrigados a:

a) Aceptar as medidas de coordinación e programación, así como as directrices que, en relación coas actividades obxecto de acreditación, establece a Consellería de Sanidade e Servizos Sociais a través do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

b) Coordinarse con outras unidades, centros, servizos ou profesionais sanitario-asistenciais asegurando o principio de continuidade terapéutica das persoas sometidas a tratamento de mantemento con opiáceos.

c) Facilitar toda a información que lles sexa solicitada tanto pola Consellería de Sanidade e Servizos Sociais como pola Comisión Galega de Acreditación, Avaliación e Control do Programa de Tratamento con Opiáceos.

d) Notificarlle á Consellería de Sanidade e Servizos Sociais calquera modificación das condicións de base que se produzan durante a vixencia da acreditación concedida.

e) Notificar trimestralmente á Comisión Galega de Acreditación, Avaliación e Control do Programa de Tratamento con Opiáceos información sobre as actividades que desenvolven.

2. Respecto desta última alínea e), cada centro, servizo ou facultativo deberá notificar, como mínimo, os datos das variables que se recollen no anexo V1[5] da presente orde e que estean relacionadas coas actividades para as que teñen acreditación.

Quedan exentos desta notificación de información todos os servizos, centros ou facultativos que estean adheridos ou obrigados a notificar eses datos aos sistemas de información sanitaria da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais ou do Sergas, e a través dos cales xa se rexistra información relacionada coas actividades obxecto de acreditación.

A Comisión Galega de Acreditación, Avaliación e Control do Programa de Tratamento con Opiáceos acordará que servizos, centros ou facultativos quedan exentos da notificación de datos e, de oficio, solicitaralles ás correspondentes unidades administrativas da Administración sanitaria autonómica os datos oportunos para coñecer o desenvolvemento do programa de tratamento con opiáceos.

Malia todo o anterior, a Consellería de Sanidade e Servizos Sociais poderá solicitar de todos os centros, servizos ou facultativos calquera outra información sobre as actividades acreditadas que desenvolven.

**12) Decreto 58/2005, do 24 de febreiro, que modifica o Decreto 74/2002, do 28 de febreiro, polo que se crea o Rexistro de Entidades Colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas, e se regula o procedemento para a súa declaración de interese.**

---



## Artigo 2. Rexistro de Entidades Colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas.

1. Créase o Rexistro de Entidades Colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas, no cal se inscribirán as asociacións, fundacións, organizacións non gobernamentais e outras entidades públicas ou privadas que, desenvolvendo as súas actividades no territorio da comunidade autónoma, se constitúan ou se constituísen para levar a cabo programas de prevención, asistencia, incorporación social, formación ou investigación no campo das drogodependencias e pretendan cooperar coa Consellería de Sanidade na consecución de obxectivos nestes ámbitos.

2. Para ser obxecto de inscrición no rexistro, será preciso que o funcionamento de polo menos un dos programas desenvolvidos nos centros e servizos dos que sexan titulares as entidades anteriormente mencionadas se adecue aos criterios e contidos dalgún dos programas establecidos no documento do Plan de Galicia sobre Drogas vixente en cada momento.

3. As entidades que sexan obxecto de inscrición recibirán a acreditación de entidades colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas no desenvolvemento do programa que corresponda.

4. O rexistro é único para toda a Comunidade Autónoma de Galicia, e depende organicamente da Dirección Xeral de Saúde Pública e funcionalmente da Consellería de Sanidade. A súa xestión ordinaria correspóndelle ao Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.

## Artigo 3. Solicitudes.

1. As inscricións no rexistro realizaranse por instancia de parte, sen prexuízo das facultades de inscrición de oficio, pola Consellería de Sanidade, daquelas entidades ou institucións que veñan desenvolvendo actividades no ámbito das drogodependencias no momento da entrada en vigor deste decreto, sempre que cumpran os requisitos exixidos legalmente e veñan actuando como entidades colaboradoras na devandita materia.

## Artigo 7. Concertos e convenios.

A inscrición no rexistro de entidades colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas considerarase requisito previo e necesario para o establecemento de concertos ou convenios e para a obtención, polas citadas entidades, de axudas ou subvencións da Administración autonómica no ámbito da prevención, asistencia,

rehabilitación, incorporación social, formación ou investigación en materia de drogodependencias, de acordo co previsto no artigo 29 da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

#### Artigo 8. Declaración de interese.

A Xunta de Galicia, tras a solicitude do interesado, poderá declarar de interese para a Comunidade Autónoma galega, mediante orde do conselleiro de Sanidade, as entidades sen ánimo de lucro inscritas no Rexistro de Entidades Colaboradoras do Plan de Galicia sobre Drogas. Para estes efectos, as devanditas entidades deberán estar levando a cabo exclusivamente programas ou servizos no campo das distintas drogodependencias, sempre e cando se adecuen aos criterios e contidos dos programas recollidos no documento do Plan de Galicia sobre Drogas vixente en cada momento.

Para acreditar este extremo, poderase solicitar o proxecto mencionado no artigo 3.2º e), así como calquera outro documento que se coide pertinente, para actualizar os datos que consten naquel, sempre que estean relacionados directamente cos programas ou servizos que estean a desenvolver, e en virtude dos que efectúen a solicitude de declaración de interese.

#### **13) Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.**

##### Artigo 3. Definición (de consentimento informado).

1. Para os efectos desta lei, enténdese por consentimento informado o prestado libre e voluntariamente polo afectado para toda actuación no ámbito da súa saúde e unha vez que, recibida a información axeitada, valorase as opcións propias do caso. O consentimento será verbal, por regra xeral, e prestarase por escrito nos casos de intervención cirúrxica, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores, e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do paciente.

2. A prestación do consentimento informado é un dereito do paciente e a súa obtención un deber do médico.

3. O paciente ten dereito a decidir libremente, logo de recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles. Así mesmo, ten dereito a negarse ao tratamento, agás nos casos determinados na lei. A súa negativa ao tratamento constará por escrito.

#### Artigo 9. Responsabilidade de información previa ao consentimento.

O médico responsable do paciente garántelle o cumprimento do seu dereito á información. Os profesionais que o atendan durante o proceso asistencial ou que lle apliquen unha técnica ou un procedemento concreto tamén serán responsables de informalo.

#### Artigo 13. Definición (de historia clínica).

A historia clínica é o conxunto de documentos nos que se conteñen os datos, as valoracións e as informacións de calquera tipo sobre a situación e a evolución clínica dos pacientes ao longo do seu proceso asistencial, así como a identificación dos médicos e dos demais profesionais que interviñeron neste.

#### Artigo 16. Contido.

A historia clínica conterá suficiente información para identificar o paciente e documentar o seu proceso de atención sanitaria. Para tal efecto, incluirá, polo menos:

a) Datos suficientes para a axeitada identificación do paciente.

b) Médico ou profesional responsable.

c) Datos que identifiquen o proceso de atención sanitaria.

d) Datos relativos ao proceso, que incluirán, como mínimo:

1. Anamnese e exploración física.

2. Ordes médicas.

3. Folla de evolución e de planificación de coidados de enfermaría.

4. Evolución clínica.

5. Informe sobre os procedementos diagnósticos ou terapéuticos e interconsultas realizadas.

6. Informe de alta do episodio de atención ou folla de problemas en atención primaria.

7. Documento de consentimento informado.

8. Documento asinado de alta voluntaria».

#### Artigo 17. Requisitos.

1. A elaboración da historia clínica, nos aspectos relacionados coa asistencia directa ao paciente, será responsabilidade dos profesionais que interveñen nela.

2. As historias clínicas deberán ser claramente lexibles; no posible, evitarase a utilización de

símbolos e abreviaturas, e estarán normalizadas en canto á súa estrutura lóxica, de conformidade co que se dispoña regulamentariamente. Calquera información incorporada á historia clínica deberá ser datada e asinada de maneira que se identifique claramente o persoal que a realice.

Artigo 19. Acceso.

1. O paciente ten o dereito de acceso á documentación da historia clínica e a obter copia dos datos que figuran nela. Os centros sanitarios regularán o procedemento que garanta a observancia destes dereitos.

Este dereito de acceso poderá exercerse por representación debidamente acreditada.

2. Nos supostos de procedementos administrativos de exixencia de responsabilidade patrimonial ou nas denuncias previas á formalización dun litixio sobre a asistencia sanitaria permitirase que o paciente teña acceso directo á historia clínica, na forma e cos requisitos que se regulen legal ou regulamentariamente.

Tamén terán acceso á historia clínica os órganos competentes para tramitar e resolver os procedementos de responsabilidade patrimonial polo funcionamento da Administración sanitaria, así como a inspección sanitaria no exercicio das súas funcións.

3. O acceso á historia clínica con fins xudiciais, epidemiolóxicos, de saúde pública, de investigación ou de docencia réxese polo disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, na Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, e nas demais normas aplicables en cada caso. O acceso á historia clínica con estes fins obriga a preservar os datos de identificación persoal do paciente, separados dos de carácter clínico-asistencial, de xeito que como regra xeral quede asegurado o anonimato, agás que o propio paciente dese o seu consentimento para non separalos. Exceptúanse os supostos de investigación da autoridade xudicial nos que se considere imprescindible a unificación dos datos identificativos cos clínicos-asistenciais, nos cales se observará o que dispoñan os xuíces e tribunais no proceso correspondente. O acceso aos datos e documentos da historia clínica queda limitado estritamente aos fins específicos en cada caso.

4. O dereito ao acceso do paciente á documentación da historia clínica non pode exercerse en prexuízo do dereito de terceiras persoas á confidencialidade dos datos que constan nela recollidos en interese terapéutico do paciente, nin en prexuízo do dereito dos profesionais participantes na súa elaboración, os cales poden opoñer ao dereito de acceso a reserva das súas anotacións subxectivas.

5. O acceso por outras persoas distintas ao paciente á información contida na historia clínica deberá estar xustificado pola atención sanitaria deste.

En todo caso, o persoal de administración e xestión dos centros sanitarios só pode acceder aos datos da historia clínica relacionados coas súas propias funcións.

6. Os centros sanitarios e os facultativos de exercicio individual só lles facilitarán o acceso á historia clínica dos pacientes falecidos ás persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, agás que o falecido o prohibise expresamente e así se acredite.

En calquera caso, o acceso dun terceiro á historia clínica motivado por un risco para a súa saúde limitarase aos datos pertinentes. Non se facilitará información que afecte a intimidade do falecido nin as anotacións subxectivas dos profesionais, nin que prexudiquen a terceiros.

Calquera outra razón de carácter excepcional deberá responder a un interese lexítimo susceptible de protección e estar convenientemente motivada.

7. O persoal sanitario debidamente acreditado que exerza funcións de inspección, avaliación, acreditación e planificación ten acceso ás historias clínicas no cumprimento das súas funcións de comprobación da calidade da asistencia, do respecto dos dereitos do paciente ou de calquera outra obriga do centro en relación cos pacientes e usuarios ou coa propia Administración sanitaria.

8. En todos os casos quedará plenamente garantido o dereito do paciente á súa intimidade persoal e familiar, polo que o persoal que acceda a esta información gardará o correspondente segredo profesional.

#### **14) Orde do 12 de marzo de 2007 pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no Servizo Galego de Saúde.**

Artigo único. Os centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas que reciban financiamento da comunidade autónoma dependerán funcionalmente, en canto ao desenvolvemento de programas de intervención, do responsable de saúde mental de área en consonancia co disposto na Orde do 20 de abril de 1999 sobre atribución das funcións definidas no artigo 3.2º do Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia, e de conformidade co Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde.

#### **15) Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.**

A atención especializada é o nivel de asistencia que, unha vez superadas as posibilidades de diagnóstico e tratamento da atención primaria, se caracteriza por unha alta intensidade dos coidados requiridos ou pola especificidade do coñecemento e/ou a tecnoloxía que os e as pacientes precisan para a súa adecuada atención sanitaria.

Na dita lei recóllense as seguintes funcións dentro da atención especializada:

- a. A indicación ou prescrición e a realización, se é o caso, de procedementos diagnósticos e terapéuticos.
- b. As atencións de saúde mental e a asistencia psiquiátrica e psicolóxica.
- c. A atención ás urxencias hospitalarias.
- d. A atención paliativa a enfermos terminais.
- e. A rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- f. A educación para a saúde e a prevención de enfermidades no seu ámbito de actuación, así como a participación nos sistemas de vixilancia e información.
- g. A participación na docencia, a formación continuada e a investigación.
- h. A realización das prestacións sociosanitarias que se corresponden a este nivel de asistencia, en coordinación co sistema de servizos sociais que se determine, así como a busca de alternativas para a alta hospitalaria.
- i. Calquera outra función ou modalidade asistencial que se lle encomende, así como os restantes servizos e prestacións facilitados en cada momento polo Sistema Nacional de Saúde no que se refire a este ámbito da atención sanitaria.
- j. A participación nas accións de coordinación, produción de documentación clínica e consultoría cos centros de atención primaria a través dos procedementos que se determinen.

#### Artigo 8. Dereitos relacionados coa autonomía de decisión.

Serán dereitos relacionados coa autonomía de decisión os seguintes:

1. Dereito a que se solicite consentimento informado nos termos establecidos na Lei 3/2001, do 28 de maio, e na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da anterior. Entenderase por consentimento informado o prestado libre e voluntariamente pola persoa afectada para toda actuación no ámbito da súa saúde e así que, logo de recibir a información axeitada, valorase as opcións propias do caso. O consentimento será verbal, por regra xeral, e prestarase por escrito nos casos de intervencións cirúrxicas, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do ou da paciente.

2. Dereito á libre elección entre as opcións que lle presente o responsable médico do seu caso e a rexeitar o tratamento, agás nos casos sinalados nesta ou noutras leis, e para iso deberá solicitar e asinar a alta voluntaria. De non o facer así, corresponderalle darlle a alta á dirección do centro. Todo isto sen prexuízo de que o ou a paciente poida recibir outros tratamentos alternativos, curativos ou paliativos e sanitarios.

3. Dereito a outorgar o consentimento por substitución e a manifestar as súas instrucións previas ao abeiro do establecido na Lei 3/2001, do 28 de maio, e na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da anterior, e nas disposicións concordantes.

4. Dereito a elixir médico xeral e pediatra de entre os que presten os seus servizos na zona sanitaria do seu lugar de residencia de conformidade coas normas regulamentarias que resulten aplicables.

5. Dereito a unha segunda opinión médica co obxectivo de fortalecer a relación médico-paciente e de complementar as posibilidades da atención sanitaria.

6. Dereito a dispor dos tecidos e das mostras biolóxicas que proveñen de biopsias ou extraccións no seu proceso asistencial, coa finalidade de acadar unha segunda opinión médica e garantir a continuidade asistencial.

7. Dereito a rexeitar aquelas accións preventivas que se propoñan, para situacións que non impliquen riscos a terceiros, sen prexuízo do disposto na normativa sanitaria aplicable.

8. Dereito a rexeitar a participación en procedementos experimentais como alternativa terapéutica para o seu proceso asistencial.

9. Dereito a rexeitar o uso ou a conservación, fóra do seu proceso asistencial, dos seus tecidos e mostras biolóxicas que proveñan de biopsias, extraccións ou nacementos e, polo tanto, dereito a que se proceda á súa eliminación como residuo sanitario.

Artigo 9. Dereitos relacionados coa confidencialidade e a información.

1. O dereito á confidencialidade concrétase en:

a) Dereito á confidencialidade sobre o seu estado de saúde, dos seus datos referidos a crenzas, relixión, ideoloxía, vida sexual, orixe racial ou étnica, malos tratos e outros datos especialmente protexidos. En todo caso, o grao de confidencialidade, entendido como a identificación do destinatario e o contido da información que se pode subministrar, será decidido polo ou pola paciente, agás nos casos nos que legalmente se prevexa o deber de información.

b) Dereito á confidencialidade da información do seu xenoma e a que este non poida ser utilizado para ningunha forma de discriminación.

Os datos persoais aos que se refire este número 1 someteranse ao réxime de protección establecido na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

2. O dereito á información no seu proceso asistencial concrétase en:

a) Dereito a coñecer, con motivo de calquera actuación no ámbito da súa saúde, toda a información dispoñible sobre esta, agás nos supostos exceptuados pola lei. A información, como regra xeral, proporcionarase verbalmente, da que se deixará constancia na historia clínica, e comprenderá, como mínimo, a finalidade e a natureza de cada intervención, os seus riscos e as súas consecuencias. A información clínica será verdadeira e

comunicaráselle ao ou á paciente de forma comprensible e adecuada ás súas necesidades como axuda para tomar decisións de acordo coa súa propia e libre vontade.

b) Dereito a renunciar a recibir información.

c) Dereito a ser informado ou informada e advertido ou advertida de se os procedementos de prognóstico, diagnóstico e terapéuticos aplicados van ser empregados nun proxecto docente ou de investigación, o que non poderá comportar en ningún caso perigo adicional para a súa saúde. En todo caso, será imprescindible o consentimento previo por escrito do ou da paciente e a aceptación por parte do profesional sanitario e da dirección do correspondente centro sanitario.

d) Dereito a solicitar e a obter información comprensible e axeitada sobre o custo das prestacións e dos servizos de saúde recibidos.

e) Dereito a coñecer os requisitos de uso das prestacións e dos servizos de saúde en relación co seu proceso asistencial.

3. O dereito á información sobre os seus dereitos, deberes, servizos e programas do Sistema Público de Saúde de Galicia concrétase en:

a) Dereito a ser informado ou informada dos plans, dos programas e das accións que se están a desenvolver no Sistema Público de Saúde de Galicia, de forma comprensible e mediante as mellores canles.

b) Dereito a dispor en todos os centros, servizos e establecementos sanitarios do sistema público dunha carta de dereitos e deberes e mais a que esta sexa facilitada como marco de relación entre o centro sanitario e os seus usuarios e usuarias.

c) Dereito a coñecer a carteira de servizos como marco de compromiso entre o centro sanitario e os seus usuarios e usuarias.

4. Dereito a ser informado ou informada pola autoridade sanitaria dos problemas de saúde que o afecten e sobre os riscos sanitarios para a súa saúde, mediante información difundida en termos comprensibles, veraces e axeitados.

5. Dereito a recibir información epidemiolóxica ante un risco grave e probado para a saúde pública.

6. Dereito á utilización de novas tecnoloxías da información e a comunicación para potenciar a interacción electrónica entre a cidadanía e o Sistema Público de Saúde.

7. Para garantir a confidencialidade dos datos relativos ao ou á paciente, regularase mediante unha norma legal o persoal que poida acceder aos datos do ou da paciente.

8. Para garantir a mellor información sobre a historia clínica do ou da paciente, tendo en conta as novas tecnoloxías, os datos desta estarán dispoñibles en tres idiomas (galego, castelán e inglés), facendo para iso as adaptacións técnicas necesarias.



Artigo 10. Dereitos relacionados coa documentación sanitaria.  
Son dereitos relacionados coa documentación sanitaria:

1. Dereito do ou da paciente a que quede constancia por escrito ou en soporte técnico adecuado de todo o seu proceso e a que ao rematar o episodio asistencial se lle entregue o informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención especializada e de urxencias.

2. Dereito a acceder á súa historia clínica e a obter os informes e os resultados das exploracións que sobre o seu estado de saúde ou enfermidade se inclúan nela, así como unha copia dos devanditos documentos, de acordo co establecido na Lei 3/2001, do 28 de maio, do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, e nas disposicións concordantes.

3. Dereito a que se lle faciliten os informes ou as certificacións acreditativas do seu estado de saúde. Estes serán gratuítos, cando así o estableza unha disposición legal ou regulamentaria.

Artigo 12. Dereitos relacionados coa prestación de servizos sanitarios por parte do Sistema Público de Saúde de Galicia.

Son dereitos relacionados coa prestación de servizos sanitarios:

1. Dereito á humanización da asistencia sanitaria evidenciada na calidade humana da prestación dos servizos sanitarios e mais á incorporación dos adiantos científicos a esta, que deberá ser axeitada aos valores, ás crenzas e ás culturas da cidadanía.

2. Dereito a obter unha garantía de demoras máximas, de xeito que determinadas prestacións sanitarias financiadas publicamente lles sexan dispensadas nuns prazos previamente definidos e coñecidos.

3. Dereito a obter os medicamentos e os produtos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar ou restablecer a súa saúde.

4. Dereito á utilización das vantaxes das novas tecnoloxías xenómicas dentro do marco legal vixente.

5. Dereito á asignación de persoal facultativo, que será o seu interlocutor principal co equipo asistencial, e, de ser o caso, do persoal de enfermaría responsable do seguimento e do plan de coidados. No caso de ausencia, as persoas substitutas asumirán tal responsabilidade.

6. Dereito á educación sanitaria e á información axeitada que propicien a adopción de hábitos e estilos de vida saudables.

7. Dereito a medidas de protección da saúde fronte a riscos ambientais e laborais, xerais ou específicos.

8. Dereito a medidas de prevención da enfermidade de probada efectividade e seguridade.

9. Dereito á continuidade asistencial, á coordinación e á integración das funcións asistenciais da atención primaria e especializada.

10. Dereito a coñecer e identificar, de forma rápida e clara, o persoal que lle presta asistencia sanitaria. Para a eficacia deste dereito, o persoal que preste a devandita asistencia levará sempre visible a súa tarxeta identificativa.

11. Dereito das mulleres nos períodos de embarazo, lactación e menopausa a disporen de programas específicos.

12. Dereito das mulleres que sofren ou sufrisen violencia de xénero á atención sanitaria, incluído o dereito á asistencia psicolóxica gratuíta e ao seguimento da evolución do seu estado de saúde, ata o seu total restablecemento. Tratarase, en todo caso, de servizos gratuítos e accesibles con carácter prioritario, que garantan a privacidade e a intimidade das mulleres.

13. Dereito das mulleres á interrupción voluntaria do embarazo, en todos os supostos previstos pola normativa vixente aplicable.

14. Dereito a que os servizos e as actividades sanitarias ou asistenciais que o Sistema Público de Saúde de Galicia contrate co sector privado de asistencia sanitaria se axusten aos mesmos parámetros, estándares, dereitos ou criterios de actuación exixibles para os do propio Sistema Público de Saúde de Galicia.

### Capítulo III Deberes sanitarios

#### Artigo 15. Deberes.

A cidadanía, en relación coas institucións e cos organismos do Sistema Público de Saúde de Galicia, ten os seguintes deberes e obrigas individuais:

1. Cumprir as prescricións xerais de natureza sanitaria comúns a toda a poboación, así como as específicas determinadas polos servizos sanitarios.

2. Manter o debido respecto ao persoal que presta os seus servizos no ámbito do sistema público.

3. Coidar as instalacións e colaborar no mantemento da habitabilidade das institucións sanitarias.
  4. Usar axeitadamente os recursos, os servizos e as prestacións ofrecidas polo sistema sanitario.
  5. Manter a debida observancia das normas establecidas en cada centro.
  6. Asinar os documentos de alta voluntaria cando non desexe a continuidade do tratamento que se lle dispensa. Porén, o feito de non a aceptar non determinará a alta inmediata cando existan outros tratamentos alternativos, curativos ou paliativos e o ou a paciente desexe recibilos. Neste último caso, tal situación deberá quedar debidamente documentada despois da información correspondente.
  7. Cooperar coas autoridades sanitarias na protección da saúde e na prevención das enfermidades.
  8. Facilitar información veraz dos datos de filiación, identificación e do estado de saúde que sexan necesarios no seu proceso asistencial ou sexan solicitados por razóns de interese xeral debidamente motivadas.
  9. Aceptar a alta cando rematase o seu proceso asistencial, cando se comprobase que a situación clínica do ou da paciente non melloraría prolongando a súa estada ou cando a complexidade do proceso aconselle o seu traslado a un centro de referencia.
  10. Cumprir as normas e os procedementos de uso e acceso aos dereitos que se lle outorguen a través desta lei.
  11. Comunicarlle ao sistema sanitario, coa maior brevidade posible, a non utilización por calquera causa dun servizo programado previamente.
  12. Tamén estarán suxeitos aos deberes establecidos nos números 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 10 as persoas familiares ou acompañantes dos usuarios e das usuarias do sistema sanitario.
- 16) Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro, polo que se regula a autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.**

## **ANEXO II. Requisitos técnico-sanitarios**

---

## Requisitos técnico-sanitarios comúns que deben reunir os centros e servizos sanitarios (anexo II a)

### 1. Identificación.

O acceso ao edificio ou local disporá dun rótulo en que se identifique como mínimo, de modo visible e permanente, o nome do centro, o número de rexistro sanitario e a oferta asistencial.

### 2. Barreiras arquitectónicas e accesibilidade.

Cumprirán a normativa vixente sobre barreiras arquitectónicas, e a súa estrutura dependerá da tipoloxía e finalidade sanitaria debendo garantir unha accesibilidade externa e circulación interna fáciles para os usuarios.

### 3. Seguridade de instalacións e protección contra incendios.

Deberán cumprir a normativa vixente en materia de instalacións e seguridade, de prevención de riscos laborais e, se é o caso, de actividades clasificadas para a defensa do ambiente.

### 4. Espazos físicos.

Deberá contar coas seguintes áreas diferenciadas:

a) Área de recepción e espera cos elementos necesarios para procurar a comodidade de pacientes e acompañantes.

b) Área clínica de consulta, exploración e tratamento, que contará con ventilación e iluminación suficientes. A zona de consulta deberá separarse funcionalmente das zonas de exploración e tratamento, en función da actividade desenvolvida. Debe contar cos elementos de hixiene e desinfección/esterilización para o uso dos profesionais.

No caso de existir área de servizos diagnósticos ou terapéuticos complementarios, cada dependencia deberá estar acondicionada e sinalizada de acordo ao uso a que vai destinada.

c) Área de aseos integrada no centro, que dispoñerá de lavamáns e inodoro para uso dos usuarios, así como de elementos de hixiene e desinfección/esterilización.

d) No caso de consultas que compartan locais con espazos destinados a vivenda, todas as áreas correspondentes ao centro sanitario deberán situarse diferenciadamente da zona destinada a vivenda e incluírán, polo menos, un cuarto de aseo de uso exclusivo para pacientes e persoal sanitario.

#### 5. Equipamento, material e instrumental.

1. O equipamento, material e instrumental posibilitará as actividades de prevención, diagnóstico, tratamento e rehabilitación que desenvolva, debendo:

a) Manter en todo momento condicións de hixiene, desinfección e esterilización.

b) Rexistrar as revisións e os controis establecidos, así como os accidentes e avarías.

2. O almacenamento, localización e distribución do equipamento e material farase preservando os circuítos hixiénico-sanitarios de circulación de persoas e materiais.

3. Nos centros en que, pola actividade clínica, sexa previsible a ocorrencia de emerxencias, deberán contar co equipamento para a súa abordaxe inicial básica.

4. Deberá garantirse, en caso de ser necesario, o traslado de doentes ata os centros de referencia ou outros centros cos que teña vinculación para prestar asistencia en determinadas situacións.

#### 6. Persoal.

1. Designarán unha persoa que asuma a responsabilidade sanitaria sobre as actividades do centro, de acordo co establecido na normativa vixente.

2. Durante o tempo de apertura estarán atendidos polo seu responsable sanitario

ou por outros profesionais sanitarios vinculados ao centro que posúan titulación académica ou habilitación profesional que os capacite para levar a cabo a atención a prestar, debendo acreditar as súas funcións e dedicación horaria.

3. Resto de persoal en posesión da titulación adecuada para o desenvolvemento das súas funcións.

7. Documentación clínica.

Contarán con:

a) Unha historia clínica por cada paciente atendido, así como un sistema de arquivo que permita a localización rápida, a custodia segura das historias e a recuperación da información. Este arquivo poderá ser de tipo informático e deberá cumprir os requisitos establecidos na normativa vixente.

b) Documentos de información ao paciente e de consentimento informado, naqueles casos en que este sexa preceptivo.

8. Xestión dos residuos sanitarios.

Os residuos xerados clasificaranse, envasaranse, transportaranse e eliminaranse conforme a lexislación vixente e as recomendacións técnicas da Consellería de Sanidade.

**17) Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica.**

## Capítulo II

Dos diferentes accesos polos/as profesionais relacionados/as co sistema sanitario público de Galicia e dos módulos de especial custodia

Artigo 8. Acceso á historia clínica electrónica polos profesionais sanitarios.

Os/as profesionais sanitarios teñen acceso á información contida na historia

clínica electrónica, como instrumento fundamental para a axeitada asistencia sanitaria ao/á paciente ou usuario/a. O sistema IANUS habilitará o acceso á información contida na historia clínica electrónica dun/dunha paciente ou usuario/a polos/as profesionais sanitarios que interveñan na súa asistencia directa nos distintos niveis de prestación.

Artigo 9. Acceso polo persoal de xestión e servizos.

O sistema IANUS permitirá o acceso á información contida na historia clínica electrónica ao persoal de xestión e servizos. O acceso mencionado estará restrinxido aos datos imprescindibles para o exercicio das súas funcións en relación co seu posto de traballo, e respectará o dereito á intimidade persoal e familiar dos/as pacientes ou usuario/as.

Artigo 10. Acceso por profesionais sanitarios de centros, servizos e establecementos concertados para a prestación de servizos.

Permitirase o acceso á información contida na historia clínica electrónica aos/ás profesionais sanitarios que traballen para as persoas físicas ou xurídicas que presten servizos concertados en hospitais ou outros centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde, coa acreditación previa do cumprimento das exixencias contidas na normativa de protección de datos persoais. Este acceso estará limitado ás historias clínicas dos/as pacientes ou usuario/as que os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde remitan aos centros concertados e no marco temporal que dure esa atención.

Estes centros concertados incorporarán á historia clínica electrónica a documentación clínica xerada pola asistencia sanitaria prestada.

**18) Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde.**

Artigo 1. Obxecto.

O obxecto deste decreto é regular as estruturas de xestión integrada, como instrumento de organización, sen personalidade xurídica, no ámbito periférico do Servizo Galego de Saúde.

Estas estruturas asumirán, con autonomía funcional, de forma integrada a xestión dos recursos, prestacións e programas da atención sanitaria, tanto do nivel de atención primaria como especializada, así como sociosanitaria e de promoción e protección da saúde.

2. Tamén é obxecto deste decreto a creación das estruturas de xestión integrada da Coruña e Santiago de Compostela no modo que se determina nos anexos I e II deste decreto.

Artigo 2. Alcance.

O ámbito de actuación das estruturas organizativas de xestión integrada establécese no decreto polo que se cree cada xerencia, tendo en conta para estes efectos o establecido no artigo 67 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.

Para as xerencias da Coruña e Santiago de Compostela, o ámbito de actuación é o que se establece nos anexos I e II, respectivamente, deste decreto.